



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



**AUMENTO DAS TAXAS MODERADORAS NAS URGÊNCIAS
HOSPITALARES: QUE IMPACTO SOBRE A PROCURA?**

Sara Filipa Carreira Soares

**VII CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO DA SAÚDE
PROJETO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM GESTÃO DA SAÚDE**

Orientador: Prof^a. Dra. Céu Mateus

Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL)

Lisboa, 2013



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



AUMENTO DAS TAXAS MODERADORAS NAS URGÊNCIAS HOSPITALARES: QUE IMPACTO SOBRE A PROCURA?

SARA FILIPA CARREIRA SOARES

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho é o culminar de dois anos letivos, que incluíram a parte curricular e a elaboração do trabalho de projeto, e gostaria de agradecer a todos aqueles que me ensinaram e acompanharam na elaboração do mesmo.

Assim, gostaria de agradecer à Prof^a Doutora Céu Mateus, por ter aceitado ser a orientadora deste projeto estando sempre disponível para contribuir com os seus conhecimentos, experiência e pela motivação e apoio sempre demonstrados na elaboração do trabalho.

Ao Prof. Doutor Pedro Aguiar pela disponibilidade e esclarecimento de dúvidas da análise estatística do projeto.

À Dra. Ana Jorge, Presidente do Centro de Investigação do Hospital Garcia de Orta, que autorizou o acesso aos dados administrativos e ao Dr. Paulo Bernardo do Departamento do Serviço de Informática do Hospital Garcia de Orta pela disponibilidade e envio dos dados necessários à realização deste projeto, sem os quais não seria possível realizá-lo.

À Dr.^a Isabel Andrade pela disponibilidade e preciosa ajuda na elaboração das referências bibliográficas.

Ao Dr.^o Ernesto Pereira por todo o apoio e disponibilidade demonstrada na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais por todo o apoio e incentivo constante não só na elaboração do trabalho de projeto como em todo o meu percurso académico, acreditando na minha valorização pessoal e profissional.

RESUMO

Objetivo: Quantificar a variação da procura ocorrida no Serviço de Urgência Hospitalar (SUH) de um hospital na zona de Lisboa face ao aumento de preço da taxa moderadora da urgência em janeiro de 2012.

Metodologia: O presente trabalho recorre à análise de micro dados sobre a utilização do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta (HGO) em dois períodos: 1 de janeiro de 2011 a 30 de junho de 2011 e 1 de janeiro de 2012 a 30 de junho de 2012. A amostra é constituída por 156.654 idas ao SUH do HGO. Aferiu-se ainda a elasticidade da procura face ao preço por sexo, escalão etário, proveniência, local e causa da admissão e destino dos utentes.

Resultados: Existiram 80.344 episódios de urgência em 2011 e 76.310 em 2012 (-5%). Em relação aos utentes não isentos, houve uma redução de 12% no total de episódios de urgência (26.168 em 2011 e 23.037 em 2012). O preço da urgência aumentou 108% para os indivíduos não isentos (€9,6 para €20). Os valores obtidos para a elasticidade da procura face ao preço são próximos de zero para o total da procura bem como para as restantes variáveis.

Conclusões: Conclui-se que a procura de cuidados de urgência é inelástica face ao aumento do preço no hospital analisado. Embora se tenha verificado uma redução dos cuidados procurados (12%), esta foi muito inferior ao aumento ocorrido no preço (108%).

Palavras-chave: Elasticidade; procura; preço; taxas moderadoras.

ABSTRACT

Objective: Quantify the difference of the demand in the emergency service in Lisbon's Hospital against the increase price of cost sharing at urgency in January 2012.

Methodology: This paper uses the analysis of micro data on the use of the emergency service of the Hospital Garcia de Orta in two periods: 1 January 2011 to 30 June 2011 and 1 January 2012 to 30 June in 2012. The sample consists of 156.654 visits to the emergency service of the hospital. It also gauged the demand elasticity over the price by sex, age group, origin, location and cause of admission and destination users.

Results: There were 80.344 episodes of urgency in 2011 and 76.310 in 2012 (-5%). Regarding non-exempt users, there was a 12% reduction in total episodes of urgency (26.168 in 2011 and 23.037 in 2012). The price of the urgency increased 108% for individuals not exempt (€ 9.6 to € 20). The values obtained for the elasticity of demand over the price are close to zero for the total demand as well as for all other variables.

Conclusions: We conclude that the demand for emergency care is inelastic over the price increase in hospital analyzed. Although there was a reduction of care sought (12%), this was much lower than the increase for the price (108%).

Keywords: Elasticity; demand; price; cost sharing.

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS	IX
1.INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2.1.Teoria Económica da Procura	4
2.2. Fatores determinantes da Procura	5
2.3. Procura de cuidados de saúde e seus determinantes	7
2.4. Elasticidade da Procura	10
2.5. Elasticidade da Procura de Cuidados de Saúde	12
2.6. Principais Estudos Referenciados na Literatura	14
3. METODOLOGIA	26
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	29
4.1. Caracterização da amostra	29
4.2 Elasticidade procura - preço relativa à utilização do Serviço de Urgência Hospitalar	33
5. DISCUSSÃO	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	
ANEXO I	45
Pedido de autorização para acesso aos dados administrativos do HGO	45
ANEXO II	48
Recodificação das variáveis em estudo	48
ANEXO III	53
Utilização do SUH pelos utentes não isentos e respetiva elasticidade procura-preço	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Curva da Procura (Clewes e Perkins, 1998)	4
Figura 2. Curva da procura e o efeito do aumento do rendimento (Clewes e Perkins, 1998).....	6

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estudos sobre elasticidade procura-preço, mencionados neste trabalho. .	25
Tabela 2. Estudos sobre elasticidade procura-preço, mencionados neste trabalho. .	25
Tabela 3. Valores das taxas moderadoras.....	27
Tabela 4. Caracterização da amostra em estudo.....	29
Tabela 5. Utilização do SUH pelos utentes não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço.....	33
Tabela 6. Divisão em grupos da causa da admissão no SUH do HGO.....	49
Tabela 7. Divisão em grupos da proveniência dos utentes ao SUH do HGO.	50
Tabela 8. Divisão em Grupos do destino dos utentes no SUH do HGO.....	51
Tabela 9. Divisão em grupos do motivo de isenção da taxa moderadora no SUH do HGO.	52
Tabela 10. Utilização do SUH pelas mulheres não isentas, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por escalão etário.	54
Tabela 11. Utilização do SUH pelos homens não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por escalão etário.....	54
Tabela 12. Utilização do SUH pelos utentes não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por proveniência e escalão etário	55

Tabela 13. Utilização do SUH pelas mulheres não isentas antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por proveniência.....	55
Tabela 14. Utilização do SUH pelos homens não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por proveniência.....	56
Tabela 15. Utilização do SUH pelos utentes não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, admitidos na urgência geral por escalão etário.	56
Tabela 16. Utilização do SUH pelas mulheres não isentas, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por local de admissão. .	56
Tabela 17. Utilização do SUH pelos homens não isentos, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por local de admissão. .	57
Tabela 18. Utilização do SUH pelos utentes não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por causa de admissão e escalão etário	57
Tabela 19. Utilização do SUH pelas mulheres não isentas, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por causa de admissão	57
Tabela 20. Utilização do SUH pelos homens não isentos, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por causa de admissão	58
Tabela 21. Utilização do SUH pelos utentes não isentos, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, em relação ao destino do utente e escalão etário.	58
Tabela 22. Utilização do SUH pelas mulheres não isentas, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, em relação ao destino do utente.	59
Tabela 23. Utilização do SUH pelos homens não isentos, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, em relação ao destino do tente.....	59

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

SNS – Serviço Nacional de Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIB – Produto Interno Bruto

EUA – Estados Unidos da América

SUH – Serviço de Urgência Hospitalar

HGO – Hospital Garcia de Orta

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

EP – Elasticidade Procura – Preço

N – Número de indivíduos

$\Delta\%P$ – Variação Percentual do Preço

$\Delta\%Q$ – Variação Percentual da Quantidade

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

Os atuais sistemas de saúde europeus assentam em dois grandes modelos, associados, um a *Bismark*, na Alemanha, nos finais do século XIX, e outro a *Beveridge* de 1942, no Reino Unido, logo após a II Guerra Mundial. Os sistemas assentes num Serviço Nacional de Saúde (SNS), tal como os do Reino Unido, Irlanda, Suécia, Dinamarca, Itália, Espanha e Portugal, inspiram-se no modelo de *Beveridge*, baseando-se no princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório pela via dos impostos. Por norma os cuidados são gratuitos ou quase gratuitos no momento de acesso (Comissão para sustentabilidade do financiamento do SNS, 2007).

Apesar do SNS português se basear em princípios como o de cobertura universal é necessário fazer contenção de despesas para garantir a sua universalidade e qualidade (Ferreira *et al.* 2006).

Em Portugal, os gastos com a saúde aumentaram em termos reais 2,3% ao ano, em média, entre 2000 e 2009, mas esta taxa de crescimento diminuiu para 0,6% em 2010 (OCDE Health Data, 2012). Segundo a mesma fonte, tal como em outros países da OCDE também se registou um abrandamento marcado ou mesmo uma redução dos gastos em saúde, em 2010, após a recessão e a necessidade de consolidação orçamental.

Segundo Ferreira *et al.* (2006) existem diversos fatores para o aumento da despesa em saúde, tais como a velocidade da inovação e desenvolvimento tecnológicos, envelhecimento da população, intensividade em trabalho da prestação de cuidados de saúde (e o facto de investimento em capital em saúde, não substituir trabalho, mas exigir mais trabalho qualificado).

Os autores supracitados referem ainda a importância de se assumirem medidas de contenção de gastos em saúde, devido à percentagem das despesas públicas com saúde no PIB quase duplicar até 2050, quer em Portugal, como na média da OCDE.

A análise tradicional da estrutura dos mercados, identifica dois tipos de agentes – produtores/vendedores e compradores/ consumidores que interagem para determinar o preço e a quantidade de um bem (Samuelson e Nordhaus, 1988). Efetivamente no mercado de saúde, a estrutura é bem mais complicada, não havendo apenas

interações decorrentes da intervenção de um par de agentes económicos, mas sim, transações multilaterais, entre diversos agentes (Reis, 2007).

Segundo Reis (2007) as organizações de saúde, atuam num cenário pouco estável, muito complexo e diversificado, e são diferentes dos outros tipos de organizações.

Barros (2009) refere algumas especificidades do mercado na saúde, sendo elas: a estrutura de mercado; a natureza da procura; presença de incerteza; falta de informação do lado da procura; ausência de soberania do consumidor e o facto de a procura de cuidados ter subjacente, não a vontade de consumir mas uma necessidade.

Todavia, apesar do setor da saúde apresentar algumas falhas de mercado, Barros (2009) menciona que as pessoas enquanto consumidores de cuidados de saúde, também reagem aos incentivos económicos ditados pelos preços, tal como na generalidade dos setores.

Segundo Zweifel e Manning (2000) existe evidência científica que os consumidores utilizam menos cuidados de saúde, quando o copagamento pago pelo doente aumenta. Isto remete-nos para a Teoria Económica da Procura, ou seja, quanto maior for o preço de um bem, menor será a quantidade procurada pelos consumidores (Samuelson e Nordhaus, 1988).

A escolha do tema do projeto de investigação surgiu a partir dos fatores acima mencionados adicionando o facto de em janeiro de 2012, terem entrado em vigor novos valores das taxas moderadoras dos cuidados de saúde.

As taxas moderadoras foram introduzidas no SNS em 1980 através do Despacho nº57/80, de 29 de dezembro e são consideradas um copagamento, ou seja, correspondem a uma parte proporcional, ou fixa, do custo total de determinada prestação de saúde, paga pelo utente (Pereira, 2004). Conforme a Lei de Bases da Saúde, as taxas moderadoras foram inseridas com o intuito de regular, ou moderar, o consumo dos cuidados de saúde prestados e não com o propósito de funcionar como uma fonte de receitas relevante.

Este projeto pretende assim responder à seguinte questão: **Será que alterações no preço dos cuidados de saúde influenciam a procura dos mesmos por parte dos consumidores?**

Este projeto de investigação é pertinente pois até ao momento não foi medido o impacto da alteração das taxas moderadoras na utilização das urgências hospitalares.

Como **objetivo geral** pretende-se quantificar a variação da procura ocorrida no SUH de um hospital na zona de Lisboa face ao aumento de preço da taxa moderadora da urgência em janeiro de 2012.

Este projeto encontra-se dividido em seis capítulos, em que no primeiro capítulo encontra-se uma breve introdução à temática em estudo, com definição da pergunta de partida e objetivo geral.

No segundo capítulo segue-se o enquadramento teórico, onde são abordados conceitos importantes referentes a este tema, tais como: teoria económica da procura; fatores determinantes da procura; procura de cuidados de saúde e seus determinantes; elasticidade da procura e elasticidade da procura de cuidados de saúde. Neste capítulo, são ainda enumerados alguns dos principais estudos realizados a nível internacional.

No terceiro capítulo é descrita a metodologia utilizada neste estudo, bem como o desenho do estudo.

No quarto e quinto capítulo encontra-se a apresentação dos resultados obtidos bem como a discussão dos mesmos. No sexto capítulo apresentam-se as considerações finais do presente estudo bem como algumas propostas futuras de investigação.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

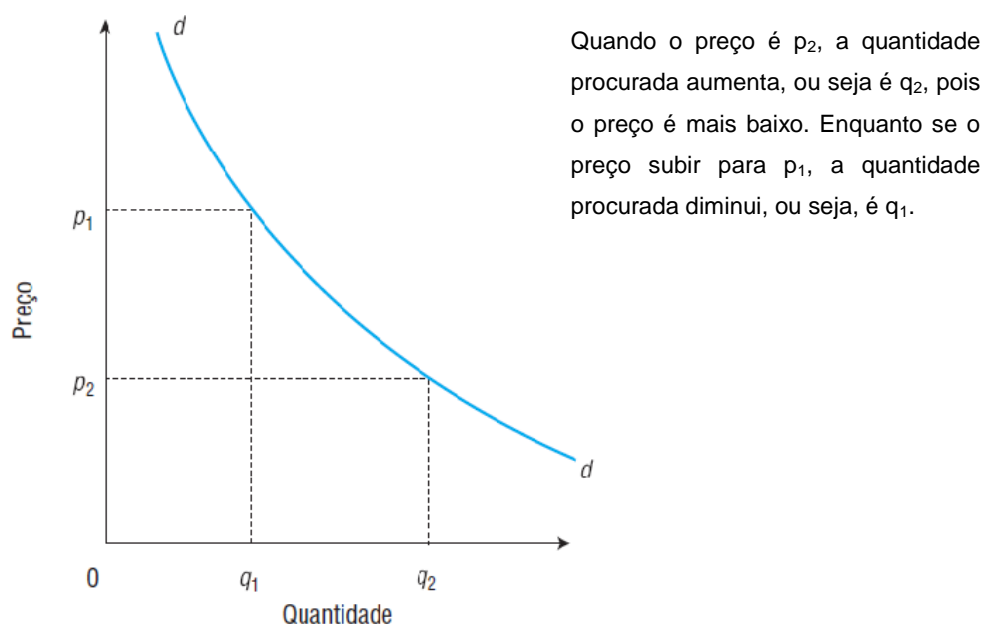
2.1. Teoria Económica da Procura

Clewer e Perkins (1998) definem procura como o desejo de comprar um bem ou serviço, apoiado pelo poder de compra necessário. Em economia, este conceito de procura não significa «querer» ou «necessitar». Os pobres podem até ter muitas necessidades, não tendo, no entanto, a capacidade económica para adquirir os bens de que necessitam.

A representação gráfica da relação entre o preço e a quantidade consumida de um bem é dada pela curva da procura (Figura 1). Samuelson e Nordhaus (1988) designam a relação inversa entre o preço e a quantidade procurada de lei da procura decrescente. E verifica-se quando o preço de um bem aumenta, mantendo-se todos os restantes fatores inalteráveis (*ceteris paribus*), a quantidade procurada desse bem diminui.

Na figura seguinte (Figura 1) podemos observar que existe uma relação inversa entre o preço e a procura. Quando Preço (p) aumenta, a procura (q) diminui. Por outro lado quando p diminui, q aumenta.

Figura 1. Curva da Procura (Clewer e Perkins, 1998).



É necessário ter em atenção que os consumidores são racionais, ou seja, se dois bens são iguais em todos os aspetos exceto no preço, o consumidor irá preferir o mais barato (Clewer e Perkins, 1998).

2.2. Fatores determinantes da Procura

Segundo Lunes (1995), Clewer e Perkins (1998), Mcpake, Kumaranayake e Normand (2002), existem vários fatores que afetam a procura de um determinado bem ou serviço, e podem ser divididos nos seguintes grupos:

- Preço do bem ou serviço;

Para a maioria dos bens é razoável assumir que a procura varia inversamente com o preço do bem, ou seja, quanto maior o preço menor será a procura.

Economicamente, prevê-se uma relação inversa entre o preço de um produto e a quantidade que o consumidor deseja adquirir (mantendo-se todos os fatores constantes). Esta relação inversa pode ser explicada por dois fatores: em primeiro porque maiores preços reduzem o rendimento disponível do consumidor, logo reduzem a quantidade a ser adquirida, e em segundo, porque nenhum bem ou serviço é considerado estar acima de todos os outros, significando que qualquer bem ou serviço possui um substituto mais ou menos perfeito (Lunes, 1995).

- Rendimento disponível do consumidor;

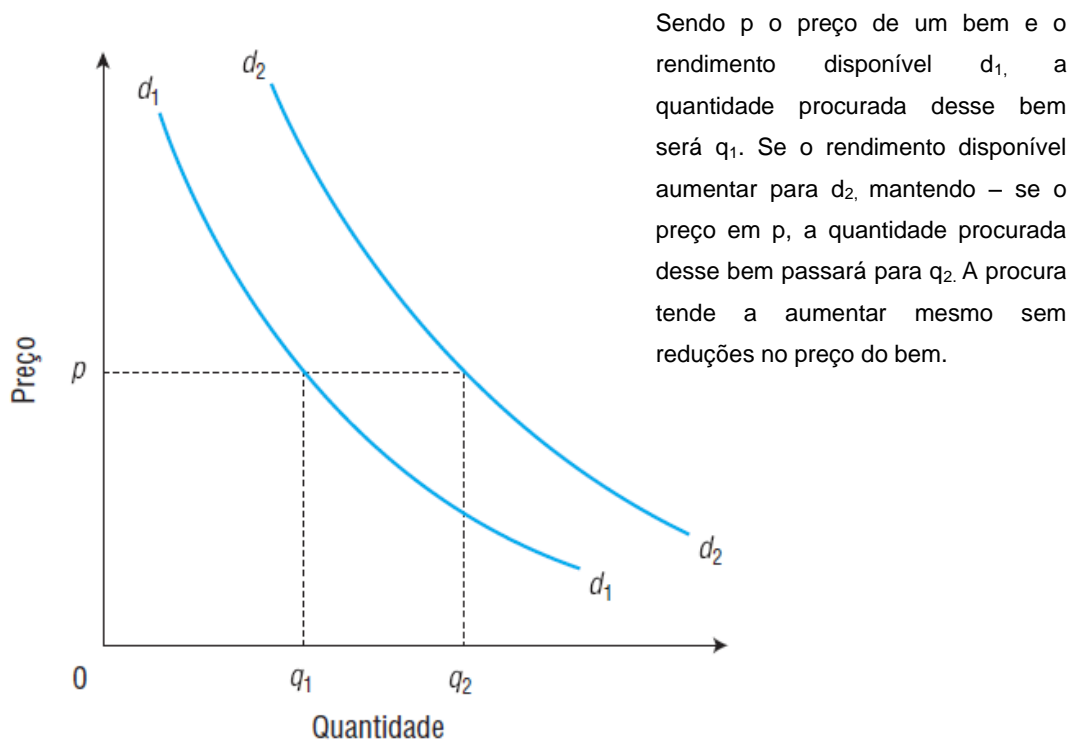
A quantidade de bens e serviços que um indivíduo pode comprar é limitada pelo seu rendimento. Se o rendimento disponível aumentar, mais bens e serviços são comprados a qualquer preço (Clewer e Perkins, 1998). Lunes (1995) refere que a procura por um produto ou serviço espera-se que se altere no mesmo sentido que o rendimento do consumidor, isto é, aumento no rendimento aumentaria a quantidade procurada e vice-versa.

Clewer e Perkins (1998) mencionam que a procura de um serviço ou produto, por norma, aumenta à medida que aumenta o rendimento do consumidor. Já quando o consumo decresce quando o rendimento do indivíduo aumenta, designa-se Bem

Inferior (o consumidor compra porque o seu rendimento não permite um produto ou bem de melhor qualidade/preço).

Na Figura 2 podemos observar a curva da procura e o efeito do aumento do rendimento.

Figura 2. Curva da procura e o efeito do aumento do rendimento (Clewer e Perkins, 1998).



Samuelson e Nordhaus (1988) afirmam que os bens de primeira necessidade tendem a reagir menos às variações do rendimento. Os bens de luxo tendem a reagir mais acentuadamente.

- Preço de outros produtos ou serviços;

A procura de um bem é afetada por alterações nos preços de outros bens. A curva da procura mudará, mas a direção e intensidade do desvio dependerá da natureza do bem cujo preço foi alterado, ou seja, se forem bens substitutos (bens com características semelhantes, e que podem ser comprados em alternativa a outros

bens) ou se forem bens complementares (bens que geralmente são utilizados em conjunto e portanto o seu consumo implica aumento do consumo de outro).

Nos bens substitutos, temos o seguinte exemplo, se existir mais de um tratamento disponível para uma determinada doença, e se ambos forem efetivos, a escolha basear-se-á no preço. Logo se o tratamento A for mais dispendioso, a sua procura irá diminuir e a procura do tratamento alternativo irá aumentar. No caso de serem bens complementares, um aumento de cirurgias, fará aumentar a procura de camas hospitalares, fármacos, cuidados de enfermagem e consumíveis (Clewes e Perkins, 1998).

- Gostos e preferências do consumidor;

Alterações dos gostos e das preferências do consumidor podem provocar alterações na curva da procura ao longo do tempo, ou seja, podem levar ao aumento ou à diminuição do consumo de determinado bem ou serviço. Como por exemplo na área da saúde, existem constantes alterações e desenvolvimentos na investigação científica, que podem levar a mudanças do tratamento de uma patologia e levar a alteração da curva da procura de determinado serviço/cuidado de saúde (Santerre e Neun, 1996).

- Alterações na dimensão e estrutura populacional;

Quando existem alterações na estrutura e/ou tamanho da população, podem ocorrer alterações da procura para determinados serviços e bens. Por exemplo se a taxa de natalidade de uma população diminuir, poderá verificar-se uma diminuição da procura de roupa e equipamentos para bebés, por outro lado se verificar-se um aumento do envelhecimento da população, poderá ocorrer um aumento da procura de cadeira de rodas, entre outros equipamentos (Clewes e Perkins, 1998).

2.3. Procura de cuidados de saúde e seus determinantes

Segundo Mcpake, Kumaranayake e Normand (2002) a procura de cuidados de saúde depende essencialmente do valor que cada indivíduo dá ao seu estado de saúde.

Barros (2009) diz que a procura de cuidados de saúde pode ser considerada uma procura derivada, já que o consumidor procura realmente é saúde, e as suas preferências individuais sobre o consumo e cuidados médicos dependem da ocorrência, ou não, de episódios de doença.

lunes (1995) reforça a mesma ideia, dizendo também que a procura é influenciada pelo valor que os indivíduos atribuem à saúde, pelos fatores que influenciam a saúde, pelas barreiras a nível de acessibilidade existentes (quer a nível de preço e de tempo, quer a nível psicológico ou formal), pela relação de agência, pela necessidade, pelo altruísmo e pelo seguro de saúde.

De seguida, iremos descrever sucintamente alguns fatores determinantes na procura de cuidados de saúde.

Barros (2009) e Folland, Goodman e Stano (2008) referem três fatores particularmente relevantes no caso da procura de cuidados de saúde, quer porque são específicos a este setor quer pela sua importância económica e política na área da saúde, são eles: o tempo, o grau de cobertura de seguro e o rendimento (este último foi referido anteriormente).

- O tempo:

O fator tempo é um elemento importante na procura de cuidados de saúde, pois é necessário consumir tempo e cuidados de saúde para produzir saúde. Existem custos de oportunidade associados ao consumo de cuidados de saúde, por isso aumentos do tempo de espera devem, por isso, reduzir o consumo de cuidados de saúde.

- Grau de cobertura de seguro:

A presença de seguro também se revela importante na determinação dos cuidados de saúde pois reduz no momento de consumo, o preço que o utilizador dos cuidados tem a pagar, induzindo a procura. A presença de copagamento afeta a utilização de serviços médicos de forma similar, independentemente do serviço médico considerado (Barros, 2009). Santerre e Neun (1996) referem que a cobertura do seguro introduz um novo conceito: risco moral. Este refere-se à situação em que os consumidores alteram o seu comportamento quando possuem seguro de saúde, podendo levar ao aumento da procura e consumo de cuidados de saúde. Assim, dependendo da cobertura de seguro aumenta o consumo de

cuidados de saúde, pois o consumidor não paga a totalidade dos custos. Concluindo, a disponibilidade e a extensão do seguro de saúde condiciona profundamente os gastos neste setor.

Santerre e Neun (1996) referem alguns fatores não – económicos que determinam a procura dos cuidados de saúde, são eles:

- Fatores de depreciação da saúde:

Os fatores de depreciação da saúde, como a idade e educação, refletem diferenças na velocidade com que o *stock* de saúde decresce ao longo do tempo. Por exemplo, quando um indivíduo envelhece, o *stock* global de saúde decresce, logo vai aumentar a procura de cuidados de saúde para compensar a perda em saúde. Assim pode-se afirmar que existe uma relação direta entre o aumento da idade e a procura de cuidados de saúde.

Já o impacto que a educação tem na procura de cuidados de saúde não é tão fácil de prever. Quanto maior o nível de educação, mais o indivíduo se encontra disponível para procurar cuidados de saúde para diminuir a sua taxa de depreciação de saúde, pois tem uma maior compreensão da importância da medicina preventiva. E quando surgem os primeiros sintomas de uma doença este deteta numa fase precoce, exigindo assim menos custos.

- *Stock* de saúde:

Um menor *stock* de saúde conduz a uma maior procura de cuidados de saúde, e pode ser refletido pelos estilos de vida, gravidade da doença e variáveis ambientais. Tabagismo e consumo de álcool influencia negativamente o *stock* de saúde de cada indivíduo e aumenta a procura de cuidados. Fatores ambientais também podem afetar o consumo de cuidados, pois por exemplo, um indivíduo cujo cônjuge fume, tem uma maior propensão a desenvolver problemas respiratórios e devido a isso recorrer a cuidados médicos.

- Qualidade dos cuidados de saúde:

A qualidade dos cuidados de saúde não pode ser medida diretamente, é geralmente assumido que está relacionada positivamente com a quantidade e tipo

de *inputs* utilizados para produzir cuidados de saúde. Por exemplo, consumidores podem assumir que um hospital de maiores dimensões pode providenciar melhores cuidados de saúde que os de menores dimensões, porque tem mais especialistas e equipamento mais especializado. Logo a procura de cuidados de saúde será maior nos hospitais de maiores dimensões.

2.4. Elasticidade da Procura

De seguida vamos introduzir um conceito económico que mede o grau de resposta de uma variável dependente a alterações numa das variáveis que a determinam, mantendo-se inalteráveis todas as outras, isto é, a elasticidade (Pereira, 2004). Ou seja, este conceito mede o impacto de alterações (por exemplo, preço do produto, rendimento, entre outros) sobre a quantidade que o consumidor deseja adquirir de um bem ou produto (Lunes, 1995).

Samuelson e Nordhaus (1988) referem que elasticidade da procura serve para medir a variação da quantidade procurada em resposta a uma mudança no preço e indica o grau de sensibilidade da quantidade procurada a alterações de preço de mercado.

A reação do consumidor ao preço é medida pela elasticidade procura-preço. Quanto maior for a elasticidade em valor absoluto, maior será a reação do consumidor à variação do preço (Folland, Goodman e Stano, 2008).

As medidas da elasticidade são particularmente úteis, pois refletem variações percentuais relativas, e não absolutas. Assim sendo, as medidas da elasticidade são independentes/livres de unidades de medida. Esta característica torna-as particularmente importantes para comparar as respostas da procura a variações do preço entre produtos, países e indivíduos (Ringel *et al.* 2002).

Segundo Clewer e Perkins (1998) a elasticidade procura-preço, denominada de E_p , mede a resposta da procura a alterações no preço. É definida como a variação proporcional na quantidade procurada dividida pela variação proporcional no preço, tal como se verifica na seguinte fórmula:

$$E_p = \frac{\text{Variação percentual da quantidade procurada}}{\text{Variação percentual no preço}}$$

Os mesmos autores definem três tipos de elasticidade procura-preço.

Quando E_p é inferior a 1 diz-se que a procura – preço é inelástica, ou seja a variação na quantidade procurada é inferior em termos absolutos à variação no preço. Neste caso, a procura não é muito sensível a variações no preço. Este tende a ser o caso dos bens para os quais não existem substitutos próximos.

Quando E_p é igual a 1 a procura caracteriza-se por ter elasticidade unitária. A variação na quantidade procurada é idêntica em termos absolutos à variação do preço.

Quando E_p é superior a 1 diz-se que a procura é elástica face a variações no preço. A variação na quantidade procurada em termos absolutos é superior à variação do preço. Assim diz-se que a procura é muito sensível a variações no preço. Se existirem muitos substitutos para um bem, a procura pode ser sensível a mudanças de preço. Se o preço subir, os consumidores vão procurar outros substitutos.

Importa referir que a elasticidade procura-preço é negativa, pois quando o preço aumenta, a quantidade procurada diminui e vice-versa, ou seja o preço e a quantidade movem-se em direções opostas (Clewes e Perkins, 1998).

Matematicamente, a elasticidade procura – preço é calculada pela seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Variação percentual da quantidade procurada}}{\text{Variação percentual no preço}} = \frac{\Delta Q/Q}{\Delta P/P}, \text{ Ou } E_p = \left(\frac{\Delta Q}{\Delta P}\right) \times \left(\frac{P}{Q}\right)$$

Clewes e Perkins (1998) apresentam alguns fatores que afetam diretamente o valor da elasticidade procura-preço, são eles:

- Número de bens substitutos disponíveis:
Se existem muitos bens substitutos do bem que se pretende adquirir, e se o preço desse mesmo bem aumenta, os consumidores vão escolher um bem substituto. A procura tende a ser muito sensível à alteração do preço.
- Valor monetário disponível para adquirir o bem ou serviço:
Se apenas uma parte muito pequena do nosso rendimento é necessária para adquirir um determinado bem, o consumidor será pouco sensível ao preço. A

elasticidade da procura – preço será inelástica. Se, no entanto, o bem é muito caro e temos de abdicar uma larga parte do rendimento com a aquisição desse bem, se o preço do mesmo aumentar, haverá uma redução considerável na procura desse bem.

- Período de tempo envolvido:

Pode-se afirmar que é considerável o tempo que os consumidores empregam a organizar os seus planos no que diz respeito aos gastos. Uma alteração no preço poderá ter um pequeno efeito na procura a curto prazo, mas poderá ter um efeito mais acentuado na procura a longo prazo. Assim, quanto maior for o período de tempo, maior será a elasticidade da procura – preço do produto ou bem.

2.5. Elasticidade da Procura de Cuidados de Saúde

Na área da saúde, a elasticidade assume um papel de elevada importância, pois possibilita saber, em que medida a procura de cuidados de saúde, ao nível dos serviços de urgência, poderá vir a reduzir se houver uma variação do preço, por exemplo, na aplicação das taxas moderadoras.

Segundo Ringel *et al.* (2002) a procura de cuidados de saúde revela-se consistentemente inelástica.

Clewer e Perkins (1998) descrevem um exemplo da elasticidade procura – preço para um determinado bem, ou seja, quando uma empresa farmacêutica lança um novo fármaco, este apresentará um preço muito elevado durante um longo período de tempo, uma vez que a empresa detém a patente desse fármaco e não existe fármaco substituto para o mesmo. Se este for eficaz, e único, será de esperar uma procura quase inelástica. No entanto, se forem produzidos fármacos substitutos por outras empresas será de esperar que a elasticidade procura – preço aumente e o preço do fármaco diminua consideravelmente.

Permite-nos assim concluir que a elasticidade procura – preço para cuidados de saúde espera-se que seja relativamente inelástica, pois existem poucos produtos substitutos

destes cuidados (Ringel *et al.* 2002). Um dos fatores que determina a elasticidade da procura dos cuidados de saúde é a disponibilidade de substitutos. A quantidade procurada de qualquer serviço médico é mais sensível a alterações de preço, consoante os cuidados médicos alternativos disponíveis, logo a elasticidade procura-preço de um determinado serviço de saúde está diretamente relacionado com o número de substitutos disponíveis. A procura tende a ser mais elástica, consoante aumenta o número de substitutos disponíveis (Santerre e Neun, 1996).

Segundo Santerre e Neun (1996) uma vez que o consumidor normalmente paga uma pequena parte do custo dos serviços médicos devido à presença de seguros, em muitos casos, a procura por estes serviços é inelástica em relação ao preço. Como por exemplo se um indivíduo necessita de um cuidado médico em particular, por exemplo uma cirurgia, em que a opção de não a fazer vai afetar a sua qualidade de vida, espera-se que a procura seja inelástica em relação ao preço. Quando se trata de uma situação em que a vida do indivíduo corre verdadeiro risco, espera-se que a procura seja perfeitamente inelástica.

No entanto, os mesmos autores referem que apesar da procura global dos cuidados de saúde ser um pouco rígida, não significa que a procura de cuidados de saúde não sofra alterações. Significa apenas, que uma dada variação percentual no preço provoca uma pequena alteração na percentagem da quantidade procurada.

A procura de cuidados de saúde também pode revelar-se elástica, como sendo os cuidados eletivos, como por exemplo a especialidade de estomatologia, em que o preço é muito relevante na tomada de decisão (Santerre e Neun, 1996 e Ringel *et al.* 2002).

A procura de cuidados de saúde por parte dos indivíduos é normalmente medida em termos do número de serviços médicos utilizados, tais como número de dias de internamento, número de consultas médicas ou número de prescrições médicas. A procura de cuidados de saúde é, ainda, regularmente medida em termos do custo total do serviço médico utilizado (Ringel *et al.* 2002).

Em seguida, passaremos a evidenciar alguns estudos relevantes sobre a temática em estudo.

2.6. Principais Estudos Referenciados na Literatura

De seguida iremos abordar os principais estudos sobre esta temática, e estes apresentam essencialmente três tipos de metodologias: experimental; quase-experimental e observacional.

A maioria dos estudos conclui que a procura de cuidados de saúde é inelástica Pestana (1995). No entanto, parece existir alguma sensibilidade dos consumidores às variações de preços indicando que estão dispostos a trocar os cuidados de saúde por outros bens. Já Rosko e Broyles (1988) e Ringel *et al.* (2002) referem que apesar da grande variedade de métodos empíricos e fontes de dados, a procura de cuidados de saúde é consistentemente inelástica.

Foi referido anteriormente, que o tempo influencia a procura de cuidados de saúde, Acton (1975, 1976), desenvolveu estudos empíricos sobre o efeito do tempo no consumo de cuidados e concluiu existirem elasticidades procura-tempo de -0,958 para consultas externas e de -0,252 para consultas num médico privado. Estes resultados indicam que o tempo de acesso a cuidados de saúde tem efeitos reais sobre a procura (Barros, 2009).

Já Folland, Goodman e Stano (2008) citam o trabalho de Coffey (1983) para avaliar o efeito do tempo na procura de cuidados de saúde, e este autor diz que o preço é relevante para a decisão inicial de procurar tratamento, assim como para a quantidade consumida.

Outra das variáveis que afeta a procura de cuidados de saúde é o rendimento disponível, e segundo um estudo realizado por Hershey, Luft e Gianaris (1975), verificou-se que o rendimento disponível revela-se importante nas primeiras consultas e realização de check-ups. Conclui-se também que o consumo de cuidados de saúde tendo em conta o rendimento é inelástica (Mcguire, Henderson e Money, 1988).

Ringel *et al.* (2002) referem que a quantidade dos cuidados pode ser medida por diversas formas. Contudo, nos estudos apresentados por estes autores, o número de consultas médicas e o total da despesa médica vão ser as medidas utilizadas. De seguida serão descritos alguns estudos referenciados por Ringel *et al.* (2002):

Feldstein (1971) conduziu um dos primeiros estudos sobre a determinação da elasticidade procura – preço para cuidados de saúde. Os resultados foram baseados em micro dados a nível hospitalar retirados da *American Hospital Association Survey of Hospitals*, entre 1958 a 1967. O efeito do preço na média de número de dias de internamento hospitalar foi determinado usando para tal, variações no preço dos internamentos hospitalares, nas taxas de copagamento e no número de indivíduos segurados nos diferentes estados.

O autor determinou valores de elasticidade procura – preço para os cuidados de saúde de aproximadamente -0.5 . Concluiu, que se aumentarmos em 1% a taxa de copagamento, teremos uma redução em cerca de 0.5% da média do número de dias de internamento hospitalar, revelando uma elasticidade procura – preço inelástica.

Num estudo idêntico, Fuchs e Kramer (1972) utilizaram dados agregados referentes à população para determinar valores da elasticidade procura – preço para cuidados de saúde. Foram determinadas estimativas de elasticidades, baseadas no preço das consultas médicas, na ordem de -0.15 e -0.20 , que são substancialmente menores que as estimativas de Feldstein (1971, 1973). Estes resultados, indicaram que a procura de consultas médicas é pouco sensível a alterações do seu preço. No entanto, o uso de dados agregados pode levar a alguma distorção dos dados, pois reduz a sua variação e pode conduzir à agregação de vieses.

Scitovsky e Snyder (1972) efetuaram um estudo experimental, onde estudaram o efeito da implementação de um cosseguro num plano de seguro de saúde, oferecido à Universidade de Stanford. Em abril de 1967, foi implementado um cosseguro de 25%. Alterações na procura de cuidados de saúde foram analisadas entre 1966 e 1968, com o objetivo de perceber o efeito da presença do cosseguro na procura. Os resultados indicaram que a elasticidade procura – preço para as consultas médicas era -0.14 , evidenciando uma procura inelástica.

Neste estudo, foram, pela primeira vez, exploradas uma série de características individuais, tais como sociais, económicas e demográficas. Os resultados mostraram que a resposta à variação do preço na procura de cuidados de saúde é similar nos diferentes grupos sócio – económicos e demográficos.

Em 1973, Rosett e Huang realizaram o primeiro estudo observacional para determinar a elasticidade procura – preço para cuidados de saúde, em que foram usados dados individuais, respeitantes às despesas dos consumidores com cuidados de saúde, em 1960. Neste estudo, obtiveram-se valores estimados de elasticidade procura – preço para cuidados médicos de -0.35 , quando o preço pago pelo segurado era 20% do preço de mercado. Quando o copagamento passou a ser mais elevado, determinaram-se valores de elasticidade procura – preço de -1.5 . Esta diferença em termos de valores das elasticidades deveu-se provavelmente à forma como foram construídas as medidas referentes ao cosseguro.

Beck (1974) realizou um estudo experimental com o objetivo de perceber o efeito da introdução do copagamento, na utilização dos cuidados de saúde, no Canadá. Em 1968, o plano de saúde fornecido pela província do Canadá, introduziu um copagamento de \$ 1.5 por cada consulta médica. O autor analisou uma amostra de 40.000 indivíduos de 21.900 famílias escolhidas aleatoriamente.

Os resultados obtidos demonstraram uma elasticidade procura – preço de -0.07 para consultas médicas. O facto da elasticidade estimada neste estudo ser inferior aos valores obtidos até então, permite concluir que poderia ter havido alterações no padrão da prática clínica destes médicos. Estes poderão ter começado a prescrever tratamentos mais intensivos para aqueles que procuravam os seus serviços, no sentido de aumentar a sua receita.

Em 1974, Newhouse e Phelps determinaram elasticidades procura – preço para diferentes tipos de cuidados médicos, a partir de uma base de dados do Center for Health Administration Studies Survey. A elasticidade procura – preço para o número de dias de internamento foi de -0.1 , um valor similar obtido para consultas médicas em ambulatório. Um aumento de 1% no valor de cada consulta médica conduziria a um decréscimo da procura das mesmas, em 0,06%.

Posteriormente, em 1976, os mesmos autores tentaram melhorar a sua metodologia, utilizando um modelo, para tentar medir os efeitos do preço na utilização de todo o tipo de cuidados de saúde, assim como na quantidade e intensidade dos mesmos.

Os resultados sugerem que, provavelmente, a redução da procura de cuidados de saúde que se obtêm com o aumento do preço se deve, em mais de 50%, à diminuição do número de indivíduos que acedem ao sistema de saúde. Ao nível hospitalar,

obtiveram-se elasticidades procura – preço para qualquer tipo de cuidado médico de – 0.17 e, para o número de dias de internamento, o valor obtido foi de – 0.06. No caso da prestação de cuidados em ambulatório, a elasticidade procura – preço para consultas médicas foi de – 0.08.

Wedig (1987) usou uma abordagem ligeiramente diferente e analisou a relação existente entre o estado de saúde e a elasticidade procura – preço para consultas médicas. As elasticidades foram estimadas usando dados retirados da *National Medical Care Utilization e Expenditure Survey*, referente ao ano de 1980. Os resultados mostraram que os indivíduos que interpretavam o seu estado de saúde como baixo eram menos sensíveis a alterações do preço – 0.16, do que os indivíduos que consideram ter um bom estado de saúde – 0.35.

Cherkin *et al.* (1989) num estudo experimental analisaram o efeito da introdução do copagamento na procura de cuidados de saúde por parte de indivíduos segurados através do *Group Health Cooperative of Puget Sound*. Em julho de 1985, foi introduzido um copagamento de \$5 para cada consulta médica em ambulatório, e \$25 de copagamento para cada ida ao serviço de urgência.

Os autores introduziram um grupo de comparação, o qual não estaria sujeito a estas alterações de copagamento. Foi, então, analisado o padrão de consumo dos segurados, antes e depois das referidas alterações, e determinadas elasticidades procura – preço para todas as consultas médicas de – 0,04.

Ringel *et al.* (2002) referem por último o estudo observacional realizado por Eichner (1998) onde este tentou isolar a resposta dos indivíduos a alterações do preço, fazendo para tal variar o copagamento. Importa realçar que o plano de seguro destes indivíduos continha, ainda, uma franquia anual dedutível. Foram estimadas elasticidades procura – preço para cuidados de saúde com valores entre – 0,62 e – 0,75.

Ao longo do tempo outros autores têm realizado estudos acerca desta temática, passando de seguida a apresenta-los.

Santerre e Neun (1996) referem que o crescimento de seguros de saúde, quer sejam públicos ou privados, têm um profundo impacto na procura de cuidados de saúde. E o

estudo *RAND* é sem dúvida o estudo mais abrangente sobre esta temática, passando agora a descrevê-lo sucintamente.

The RAND Health Insurance Experiment, realizado por Newhouse *et al.* (1993) é um estudo muito importante que analisou o efeito de diferentes taxas de cosseguro na procura de cuidados de saúde. Trata-se de um estudo experimental randomizado que se realizou entre 1974 e 1982, com a participação de 2.000 famílias, em seis localidades dos Estados Unidos da América (EUA) e a cobertura de seguro dividia-se em 4 categorias diferentes.

Foram atribuídas famílias a planos de seguro diferentes de forma aleatória. Os planos de seguro tinham diferentes níveis de taxas de cosseguro, que variavam entre 0% (gratuito), 25%, 50% e 95%, com um nível máximo de despesa, acima do qual beneficiavam de seguro completo. As famílias receberam um pagamento como forma de assegurar que nenhuma teria uma diminuição do seu rendimento em resultado da experiência. As despesas e utilização de cuidados de saúde das famílias foram seguidas por períodos de 3 a 5 anos.

Na análise estatística realizada consideravam-se três grupos de variáveis: o plano de seguro de saúde, o estado de saúde e variáveis económicas e sociodemográficas. O estado de saúde foi medido por índices de saúde, pela presença de condições crónicas e por incapacidade física. As variáveis económicas e sociodemográficas incluídas foram: idade, sexo, raça, rendimento e dimensão do agregado familiar.

As diferenças na taxa de copagamento induzem padrões de consumo de cuidados de saúde bastante diferentes. Este estudo verificou que as despesas médicas em saúde no grupo com taxa de 25% de copagamento foram de 81%, para o copagamento de 50% foram de 75% e o grupo de copagamento de 95% foram de 69%. O número de visitas ao médico diminuiu de 4,55/por ano, quando o consumidor pagava 95% dos cuidados. Isto representa uma diminuição de 40% na procura de cuidados de saúde. Podemos assim observar que o aumento do nível de cosseguro leva os consumidores a procurarem menos cuidados médicos.

Este estudo demonstrou que as despesas *per capita* no plano gratuito (0%) são 45% superiores do que as despesas com a taxa de copagamento de 95%. Revela ainda que as despesas em ambulatório do plano com a taxa de copagamento 0% foram 68% maiores que com a taxa de 95%. Já para o internamento hospitalar a diferença não é

tão acentuada mas ainda assim a taxa de copagamento gratuito é 30% superior comparativamente com a taxa de 95%.

Este estudo permite ainda concluir que a maior queda na quantidade procurada de serviços médicos ocorreu entre o plano gratuito e o copagamento de 25%.

Os resultados indicam também que a elasticidade procura-preço é sensível quanto ao nível de cosseguro. Os resultados obtidos vieram mostrar que para taxas de cosseguro que se situavam entre 0% e 25%, o valor da elasticidade procura - preço para as despesas médicas foi de $-0,17$ enquanto, face a taxas de cosseguro entre 25 e 95%, obtiveram-se elasticidades de $-0,22$.

Os resultados tendem assim a confirmar que a procura de cuidados de saúde depende da taxa de copagamento, e que aumenta a procura, com a diminuição do copagamento por parte do consumidor.

Folland, Goodman e Stano (2008) acerca do estudo acima mencionado concluem que a presença de seguro torna a procura menos elástica, e quando o indivíduo não paga pelos cuidados, a sua procura será perfeitamente inelástica.

Scheffler (1984) realizou um estudo para observar as alterações na quantidade procurada de cuidados médicos e hospitalares, através da introdução de um seguro a mineiros no ativo e reformados. Este programa foi implementado a julho de 1977, e envolve uma responsabilidade financeira anual máxima de \$ 500, por família e 40% de taxa de cosseguro para consultas médicas e cuidados em ambulatório. O estudo teve como amostra 2.600 famílias, o período basal do estudo é definido como os cinco meses prévios à introdução do cosseguro.

O autor aplicou uma abordagem em duas fases, na primeira avaliou a influência da partilha de custos sobre a probabilidade de sofrer um episódio de hospitalização ou ida a uma consulta médica. E em segundo focou-se nos utilizadores do serviço e investigou a influência da partilha de custos em despesas hospitalares, a duração da estadia, gastos com cuidados médicos, bem como o número de visitas. Os resultados foram consistentes com as expectativas e sugerem que a introdução de copagamento reduz a probabilidade de um episódio de hospitalização em 38% e a probabilidade de uma consulta médica em 28% (Rosko e Broyles 1988).

O'Grady *et al.* (1985) realizaram um estudo para avaliar o efeito da cobertura do seguro na utilização dos serviços de urgência, os dados foram retirados do estudo

randomizado *RAND Health Insurance Experiment*, em que a taxa de copagamentos variava entre 0% (gratuito), 25%, 50% ou 95%.

Os resultados deste estudo demonstraram que as despesas no serviço de urgência aumentaram quando a taxa de copagamento diminuiu. Em comparação com as pessoas que receberam cuidados de saúde gratuitamente, os indivíduos que pagaram uma taxa de copagamento de 95% tinham uma probabilidade de 70% de usar o serviço de urgência, enquanto quando os cuidados eram gratuitos tinham 100% de probabilidade de utilização do mesmo serviço.

Os resultados do presente estudo tendo em conta a gravidade de diagnóstico, verificou que nos diagnósticos mais urgentes tinham uma utilização do serviço de urgência 77% menor sobre os planos com taxa de copagamento do que o plano gratuito ($p < 0,01$). Já quando se compararam os diagnósticos menos urgentes observou-se que os indivíduos com taxa de copagamento tinham uma utilização do serviço de urgência 53% menor do que quando comparados com o plano gratuito ($p < 0,01$).

Este estudo demonstrou que as idas ao serviço de urgência se alteram com a presença de copagamentos. As pessoas com atendimento gratuito utilizam o serviço de urgência cerca de 40% mais vezes que as pessoas que tinham a taxa de copagamento de 95%, e cerca de 20% mais do que as pessoas com menores taxas de copagamento. Concluindo a ausência de copagamentos resulta numa maior utilização dos serviços de urgência em comparação com a presença de copagamentos.

Selby *et al.* (1996) realizaram um estudo que avalia o efeito de copagamentos no serviço de urgência, utilizando dados da organização de saúde Kaiser Permanente Medical Care Program, que introduziu em 1993 copagamento de \$25 e \$35 no acesso aos serviços de urgência, afetando mais de 30.000 pessoas. A metodologia utilizada neste estudo foi comparar a utilização dos serviços de urgência entre 1992 e 1993, ou seja, antes e depois da introdução do copagamento.

Como principais resultados destacam-se que a utilização do serviço de urgência em 1992 é 27% superior ao ano 1993 (introdução de copagamento). O número de idas ao serviço de urgência após introdução de copagamento decresceu 14,6%.

Em relação às idas ao serviço de urgência tendo em conta a gravidade de diagnóstico, quando se trataram de episódios considerados urgentes não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos. Contudo para diagnósticos considerados menos urgentes, houve um decréscimo de utilização do serviço de urgência no grupo em que existia copagamento. A diferença do copagamento (\$25 vs. \$35) não apresenta diferenças estatisticamente significativas ($P=0,35$).

Este estudo permitiu concluir que a introdução de copagamentos na utilização do serviço de urgência foi associada a uma redução de 14,6%, na sua grande maioria em doentes com diagnósticos considerados menos urgentes.

Chiappori, Durand e Geoffard (1998) realizaram um estudo experimental natural, para observar o efeito de copagamento na procura de cuidados de saúde (consultas clínica geral; domicílios e consultas de especialidade), em França. A 1 de julho de 1993, houve um aumento da taxa de copagamento de 0 para 10%, e a amostra divide-se em dois subgrupos, um em que a taxa de copagamento de consultas médicas aumentou 10%, e o outro grupo em que não houve alterações durante o período em estudo.

Estes autores demonstraram não haver alterações significativas na utilização de consultas de clínica geral e de especialidade, contudo a alteração no preço teve influência na utilização de consultas em domicílio.

Este estudo não demonstrou qualquer evidência de risco moral na procura de consultas médicas em consultório, o que sugere que a elasticidade da procura por tais serviços podem ser próximas de zero para pequenas variações de preço. Este efeito pode ser devido à presença de custos não monetários (exemplo: tempo e custos de transporte e tempo de espera) associados à utilização de qualquer dos serviços médicos.

Este estudo permitiu concluir que uma alteração de 10% no custo dos serviços médicos pode induzir uma pequena alteração na quantidade procurada, mas muito pequena para gerar qualquer mudança observável no comportamento. Os resultados rejeitaram assim a hipótese, sugerindo que existe risco moral na procura de alguns serviços médicos, mas não para domicílios. De referir que os custos não-monetários também são importantes.

Cockx e Brasseur (2003) concretizaram um estudo experimental na Bélgica com o objetivo de estimar o efeito do aumento no copagamento sobre a procura de cuidados

médicos, entre 1993 e 1994, os dados foram retirados de um fundo de doença Belga “The Mutualités Chrétiennes”.

Importa referir que em janeiro de 1994, verificou-se um aumento das taxas moderadoras nos seguintes serviços: consulta clínica geral; domicílios e consultas de especialidade. Este estudo pretende assim estudar o impacto desta medida, tendo em conta o efeito rendimento, efeito de substituição e a determinação do benefício social desta alteração.

Como principais resultados verificou-se que o aumento de preços afetou negativamente a procura dos três tipos de serviços médicos em estudo. Demonstrou-se que os domicílios são mais elásticos do que os outros dois serviços médicos (diminuiu 14% para os homens e 9% para as mulheres).

Observou-se também que o aumento dos preços teve um impacto negativo significativo sobre a procura dos cuidados, mas no total a elasticidade procura-preço pelos serviços médicos é pequena. Diminuíram as despesas para os homens em 13% (significativo) e apenas 3% para as mulheres (não significativo). Os domicílios foram considerados bens de luxo, tanto para as mulheres como para os homens, sendo a elasticidade procura-preço correspondentes de -0,18 e -0,08. Pelo contrário as idas ao clínico geral são consideradas bens necessários, sendo a elasticidade procura-preço de -0,06 para o grupo dos homens e -0,01 para o grupo das mulheres. Por fim, as idas ao médico especialista para o grupo dos homens é considerado um bem de luxo, mas para o grupo das mulheres um bem necessário, sendo a elasticidade procura-preço de -0,14 e -0,02, respetivamente.

Em termos de ganho de eficiência desta reforma na saúde, os resultados demonstraram que para os homens o ganho é cerca de 95%, devido à diminuição de domicílios (44%) e idas ao médico especialista (51%). Pelo contrário no grupo das mulheres apenas se verificou alterações nas idas ao clínico geral, enquanto devido a efeitos de substituição se verificou indução da procura por domicílios e idas ao médico especialista, reduzindo o ganho de eficiência em 17 e 19%, respetivamente.

Este estudo permitiu concluir que a elasticidade procura-preço para os homens é de -0,13 (variando entre -0,06 para idas ao clínico geral, -0,14 para médico especialista e -0,18 para domicílios) e para as mulheres é de -0,03 (variando entre -0,01, -0,02 e -0,08, respetivamente). Os efeitos de substituição são grandes, especialmente para o grupo das mulheres, mas de forma imprecisa. Para este grupo aumento das taxas

moderadoras conduz a diminuição da procura de consultas de médico especialista e domicílios, levando ao aumento de procura de consultas de clínico geral. Consultas de médico especialista e domicílios são considerados fracos complementares. Apesar do aumento substancial das taxas de copagamento, os ganhos de eficiência desta reforma são considerados baixos, ou seja, apenas 2,1%. Este ganho resulta essencialmente (69%) com a queda nos gastos com a saúde dos homens.

Hsu *et al.* (2006) realizaram um estudo com o principal objetivo de avaliar o efeito da presença de copagamentos na utilização de serviços de urgência e eventos clínicos desfavoráveis associados, tais como: internamento hospitalar, admissões na Unidade de Cuidados Intensivos e mortalidade. Trata-se de um estudo quase-experimental, utilizando dados da Kaiser Permanente - Northern Califórnia, censos do ano 2000 e certificados de óbitos do Estado da Califórnia, durante um período de 36 meses (janeiro de 1999 a dezembro de 2001), entre 2.257.445 pessoas com seguro de saúde e 261.091 pessoas membros do plano de saúde Medicare.

Importa referir que no início do ano 2000 se verificou aumento da taxa de copagamento, e no ano seguinte, 13 a 21% da população sofreram novo aumento da taxa de copagamento. Os copagamentos no grupo de pessoas com seguro de saúde variavam entre os seguintes grupos: \$0, \$1-5, \$10-15, \$20-35 e \$50-100. Já para a Medicare variavam entre \$0, \$1-15 e \$20-50.

Este estudo evidencia que para ambos os grupos, aumento de copagamento decresce o número de visitas ao serviço de urgência. Os resultados demonstraram que apesar da diminuição de idas á urgência, os copagamentos não se encontraram associados ao aumento de eventos clínicos desfavoráveis. No grupo de doentes com seguro de saúde, verificou-se menos eventos clínicos desfavoráveis associados à presença de copagamentos, após ajustamento para as características sociodemográficas e clínicas dos doentes. Contudo, observou-se que a taxa de mortalidade aumentou ligeiramente com o menor nível de copagamento existente (\$1-5), comparativamente aos cuidados gratuitos (\$0).

Foi possível verificar-se também que o número de internamentos hospitalares e admissões ao serviço de cuidados intensivos diminuíram com o aumento de copagamento.

Este estudo permitiu concluir que presença de copagamentos está associada ao decréscimo de visitas ao serviço de urgência. Não foi encontrada evidência de que a

presença de copagamentos levasse ao aumento da taxa de mortalidade ou de eventos clínicos potencialmente desfavoráveis tanto no grupo de pessoas com seguro como no grupo de pessoas com seguro Medicare.

Conclui-se ainda que se verificou uma redução dos eventos clínicos desfavoráveis, tais como hospitalizações e internamentos em unidades de cuidados intensivos associadas ao aumento de copagamentos no serviço de urgência e menor utilização dos mesmos.

Duarte (2012) realizou um estudo que pretende descrever como os consumidores respondem a alterações no preço dos cuidados de saúde. Este refere que os consumidores limitam a sua despesa, respondendo ao preço de duas formas: alteram a frequência ao serviço de saúde ou alteram a qualidade dos cuidados através da redução das idas ao médico.

Este estudo foi realizado no Chile, e a amostra foi retirada dos Censos do mercado de Seguros privados de saúde deste país. Os resultados para os cuidados de saúde eletivos mostraram alguma sensibilidade ao preço entre os consumidores, concluindo que aumentos nas taxas de cosseguro para cuidados eletivos, podem reduzir os custos dos cuidados de saúde. Quanto aos cuidados de saúde urgentes a elasticidade obtida foi baixa, sendo este resultado consistente com a teoria de que em situações urgentes/agudas os indivíduos são menos sensíveis ao preço.

Este estudo permite concluir que a resposta do consumidor varia de acordo com o tipo de serviço de saúde. Os indivíduos revelam-se mais sensíveis na procura dos cuidados de saúde eletivos (apoio domiciliário, psicólogo, fisioterapia) do que para cuidados agudos (apendicectomia). A elasticidade procura-preço estimada para os cuidados eletivos são (-1,88, -2,08 e -0,32), respetivamente, enquanto as elasticidades procura-preço para os cuidados de saúde agudos aproximam-se de zero.

De seguida encontram-se duas tabelas (Tabela 1 e 2) que resumem os estudos apresentados anteriormente, evidenciando-se a sua metodologia, variável dependente e resultados.

Tabela 1. Estudos sobre elasticidade procura-preço, mencionados neste trabalho.

Estudo	Metodologia	Variável dependente	Elasticidade preço	Resultado elasticidade
Feldstein (1971)	Observacional	Número de dias de internamento	- 0,5	Inelástica
Fuchs e Kramer (1972)	Observacional	Consultas <i>per capita</i>	- 0,15 a - 0,20	Inelástica
Scitovsky e Snyder (1972)	Experiência Natural	Número de consultas	- 0,14	Inelástica
Rosett e Huang (1973)	Observacional	Despesas médicas	- 0,35 a -1,5	Inelástica
Beck (1974)	Experiência Natural	Número de consultas	- 0,07	Inelástica
Phelps e Newhouse (1974)	Observacional	Todas as despesas	- 0,06 a - 0,17	Inelástica
Wedig (1987)	Observacional	Número de consultas	- 0,16 a - 0,35	Inelástica
Cherkin <i>et al.</i> (1989)	Experiência Natural	Número de consultas	- 0,04	Inelástica
Newhouse <i>et al.</i> (1993)	Experimental	Todas as despesas	- 0,17 a - 0,22	Inelástica
Eichner (1998)	Observacional	Todas as despesas	- 0,62 a - 0,75	Inelástica
Chiappori, Durand e Geoffard (1998)	Experimental	Consultas médicas	Próxima 0	Inelástica
Cockx e Brasseur (2003)	Experimental	Todas as despesas	-0,01 a - 0,18	Inelástica
Duarte (2012)	Observacional	Cuidados médicos eletivos e agudos	Eletivos - 1,88 Agudos - próximo 0	Elástica Inelástica

Tabela 2. Estudos sobre elasticidade procura-preço, mencionados neste trabalho.

Estudo	Metodologia	Variável dependente	Resultados
Scheffler (1984)	Experimental	Todas as despesas	↑ Copagamento induz ↓ em 38% a hospitalização e ↓ em 28% de consultas médicas.
O'Grady <i>et al.</i> (1985)	Observacional	Utilização SUH	Taxa copagamento 0% utiliza 40% mais os SUH do que os indivíduos com taxa de copagamento 95%.
Selby <i>et al.</i> (1996)	Observacional	Utilização SUH	Presença copagamento induz ↓ da procura dos SUH em 14,6%.
Hsu <i>et al.</i> (2006)	Quase-experimental	Utilização SUH	↑ Copagamento induz ↓ procura dos SUH.

3. METODOLOGIA

A metodologia consiste no conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 1999).

O presente estudo será observacional descritivo analítico e retrospectivo, baseado na análise empírica de micro dados, respeitante à utilização do SUH do HGO.

Observacional, uma vez que não vamos controlar as variáveis em estudo, analítico pois procederemos à avaliação das associações entre os fatores em estudo e as variáveis e por último retrospectivo devido ao fator em estudo ter decorrido no passado e fazermos a sua observação no presente.

Este estudo foi realizado em conformidade com a Lei da Proteção de Dados Pessoais n.º67/98 de 26 de outubro, assegurando o tratamento dos mesmos de forma transparente, e no estrito respeito pela reserva da vida privada, bem como pelos direitos, liberdades e garantias fundamentais (Diário da República, I Série - A, 247, 1998).

A amostra deste estudo é constituída por todos os episódios de urgência do HGO no período de 1 de janeiro de 2011 a 30 de junho de 2011 e 1 de janeiro de 2012 a 30 de junho de 2012. Relativamente ao período em estudo a amostra é constituída por 156.654 idas ao SUH do HGO.

Dispõe-se de informação sobre a idade, sexo, proveniência do utente (exterior ou encaminhado), tipo de urgência (geral, pediátrica), causa da admissão (doença ou outra) e destino do utente (exterior não referenciado ou seguimento), isento, ou não, e respetivo motivo para a isenção, para todos os episódios.

Para a realização deste projeto, foi solicitado ao HGO, acesso à base de dados administrativos respeitantes à utilização do SUH por parte dos utentes no período de tempo já definido.

Este estudo realiza-se no SUH, pois é um serviço onde o utente pode iniciar o contacto com os cuidados de saúde por iniciativa própria, conseguindo assim aferir-se se alterações do preço dos cuidados de saúde provocam alteração na procura dos mesmos.

Este limite temporal foi estabelecido em virtude de, em janeiro de 2012, terem sido introduzidos novos valores de taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde, incluindo o SUH, pretendendo-se assim analisar o consumo dos mesmos, nos primeiros seis meses de 2011, comparativamente com os primeiros seis meses de 2012, ou seja os primeiros 6 meses anteriores e posteriores à alteração ocorrida. Este intervalo de tempo, seria suficiente para podermos analisar a influência das alterações na utilização do SUH.

Na tabela 3 podem observar-se os valores das taxas moderadoras em cada um dos serviços de urgência (polivalente, médico-cirúrgica, básica e atendimento permanente ou prolongado), a Portaria n.º 1320/2010 de 28 de dezembro apresenta os valores em vigor até 31 de dezembro de 2011, e a Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de dezembro, apresenta os valores em vigor a partir de dia 1 de janeiro de 2012.

Tabela3. Valores das taxas moderadoras.

	Portaria n.º 1320/2010 de 28 de dezembro	Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de dezembro	% de variação
	Copagamento	Copagamento	
Serviço de Urgência Polivalente			
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	9,60 €	20 €	108,33%
Serviço de Urgência Básica	8,60 €	17,50 €	103,49%
Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado (SAP)	8,60 €	15,00 €	74,42%
	3,80 €	10,00 €	163,16%

O impacto do preço na procura do SUH foi identificado através da variação do preço pago pelo indivíduo. Os acréscimos ao preço foram os seguintes: 108% para Serviço de Urgência Polivalente; 103% para Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica; 74% para Serviço de Urgência Básica e 163% para Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado. Verifica-se assim um aumento considerável e significativo nos valores em 2012 comparativamente com os valores até final de 2011, conforme podemos constatar na Tabela 3.

O SUH do HGO é considerado um Serviço de Urgência Polivalente, verificando-se na Tabela 3 um aumento de 108% para os indivíduos não isentos (€9,6 para €20).

A comparação da utilização do SUH, antes e depois da variação do preço, serviu como base metodológica neste estudo. As elasticidades procura – preço obtiveram-se

utilizando as variações percentuais das quantidades dos cuidados de saúde, antes e depois da variação do preço pago pelo indivíduo.

Considerou-se Q1 como a quantidade procurada do SUH do HGO pelos indivíduos antes do aumento do preço, e Q2 a quantidade procurada depois do aumento do preço. A variação percentual da quantidade procurada, foi estimada por $(Q2 - Q1) / Q1$. Igualmente, a variação percentual do preço foi calculada por $(P2 - P1) / P1$, sendo P1 e P2 o preço pago pelo indivíduo, antes e depois do aumento estabelecido para o SUH. Considerou-se \bar{P} , como o valor médio pago pelo indivíduo no SUH e foi calculado por $(P2+P1)/2$. Do mesmo modo considerou-se \bar{Q} , como a quantidade média procurada pelo indivíduo no SUH, calculado por $(Q2+Q1)/2$.

As elasticidades procura – preço para cada tipo de cuidados de saúde obtiveram-se então, da seguinte forma: $EP = [(\Delta\% Q) / (\Delta\% P)] * [\bar{P}/\bar{Q}] = [(Q2 - Q1) / Q1] / [(P2 - P1) / P1] * [(P2+P1)/2] / [(Q2+Q1)/2]$.

Avaliou-se a elasticidade da procura face à variação do preço para todos os episódios não isentos. Aferiu-se ainda a elasticidade da procura face ao preço por sexo, escalão etário, proveniência do utente, tipo de urgência, causa da admissão e destino do utente.

Foram construídos 6 escalões etários (0-12 anos; 13-18 anos; 19-24 anos; 25-44 anos; 45-64 anos e ≥ 65 anos). A construção dos vários escalões etários teve como objetivo uma maior objetividade e maior recolha de informação.

Inicialmente, todos os dados foram tratados utilizando o *Microsoft Office Excel 2010*. Posteriormente, os mesmos foram importados para *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0)*, onde foram analisados, recodificados e, então, todo o processamento estatístico dos mesmos foi efetuado.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra

As variáveis que caracterizam a amostra em estudo são: idade, sexo, local e causa da admissão ao SUH do HGO, a proveniência e destino dos utentes, bem como, pagamento da taxa moderadora e motivo de isenção dos utentes, tanto em 2011 como em 2012. Estas encontram-se descritas nas tabelas seguintes (Tabela 4), sendo que o total caracteriza a amostra tendo em conta os utentes isentos e não isentos.

Tabela 4. Caracterização da amostra em estudo.

		Ano 2011			Ano 2012		
		Não Isento (n=26168) (32,6%)	Isento (n=54176) (67,4%)	Total (n= 80 344)	Não Isento (n=23037) (30,2%)	Isento (n=53273) (69,8%)	Total (n=76 310)
Idade	Média	42,07	33,7	36,4	44,5	34,4	37,5
	Desvio Padrão	19,9	29,9	27,3	20,8	30,4	28,2
	Mínimo	13	0	0	13	0	0
	Máximo	104	105	105	100	104	104
Idade média por sexo	Masculino						
	Média	42,3	30,9	34,91	44,04	31,27	35,37
	Desvio Padrão	19,98	31,05	28,2	20,38	31,52	29,04
	Feminino						
	Média	41,8	35,73	37,60	44,94	36,73	39,09
	Desvio Padrão	19,89	28,80	26,5	21,11	29,27	27,43
Escalão Etário	0 -12 anos	---	40,0%	27,0%	---	39,6%	27,7%
	13 – 18 anos	11,4%	2,2%	5,2%	10,2%	2,6%	4,8%
	19 - 24 anos	10,8%	4,3%	6,4%	9,8%	3,7%	5,5%
	25 - 44 anos	37,2%	17,9%	24,2%	34,6%	17,4%	22,6%
	45 – 64 anos	24,7%	12,3%	16,3%	25,2%	12,3%	16,2%
	≥ 65 anos	15,9%	23,3%	20,9%	20,2%	24,4%	23,2%
Sexo	Masculino	47,3%	42,1%	43,8%	46,2%	42,2%	43,4%
	Feminino	52,7%	57,9%	56,2%	53,8%	57,8%	56,6%
Local de Admissão	SUH Geral	90,4%	45,6%	60,2%	91,3%	46,2%	59,8%
	SUH Pediátrica	4,8%	40,7%	29%	4,3%	40,2%	29,4%
	SUH Obstétrica	0,1%	12,4%	8,4%	0,1%	12,3%	8,6%
	SUH Ginecológica	4,7%	1,3%	2,4%	4,3%	1,3%	2,2%

Tabela 4. Caracterização da amostra em estudo.

		Ano 2011			Ano 2012		
		Não Isento (n=26168) (32,6%)	Isento (n=54176) (67,4%)	Total (n=80344)	Não Isento (n=23037) (30,2%)	Isento (n=53273) (69,8%)	Total (n=76310)
Causa Admissão	Doença	74,1%	74,0%	74,1%	74,8%	74,9%	74,9%
	Acidentes	15,2%	7,0%	9,7%	13,8%	6,2%	8,5%
	Grávidas e Parturientes	0,0%	12,4%	8,4%	0,0%	12,2%	8,6%
	Causas externas de lesão	10,6%	6,4%	7,7%	11,2%	6,5%	7,8%
	Outras	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
Proveniência	Exterior	86,7%	76,5%	79,8%	86,6%	78,8%	81,1%
	Encaminhado por apoio telefónico	2,7%	3,4%	3,2%	3,6%	3,7%	3,7%
	Encaminhado pela própria instituição	0,3%	1,4%	1,0%	0,4%	1,6%	1,2%
	Encaminhado por outra instituição	10,2%	18,6%	15,9%	9,0%	15,7%	13,7%
	Outras	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%	0,2%	0,3%
Destino	Exterior não referenciado	59,5%	70,8%	67,1%	63,5%	66,4%	65,5%
	Seguimento do utente	29,1%	23,8%	25,6%	27,8%	28,1%	27,9%
	Falecido	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%
	Outros	11,1%	5,0%	6,9%	8,2%	5,1%	6,2%
Motivo Isenção	Idade	---	40,1%	---	---	39,6%	---
	Rendimento	---	22,2%	---	---	25,4%	---
	Doença	---	34,9%	---	---	34,1%	---
	Social	---	1,9%	---	---	0,1%	---
	Taxas	---	0,0%	---	---	0,0%	---
	Outros	---	0,9%	---	---	0,8%	---

A amostra em estudo foi dividida em utentes não isentos e isentos tanto em 2011 como em 2012. Estes foram analisados individualmente e globalmente (total) pelo que se constata na Tabela 4. As variáveis locais de admissão, causa de admissão, proveniência, destino dos utentes e motivo de isenção foram recodificadas, encontrando-se descritas no Anexo II.

Importa referir que a amostra correspondente a 2011 em relação à variável causa de admissão possui 66 dados em falta. Já em 2012, existem 14 dados em falta em relação ao motivo de isenção, 1 dado em falta na variável proveniência e 5 dados em falta quanto ao destino dos utentes após utilização do SUH.

Na amostra relativa ao ano 2011 existiram 80.344 episódios de urgência e 76.310 em 2012 (-5%). O total de episódios cujos utentes estavam isentos foi de 54.176 em 2011 e de 53.273 em 2012 (-1,7%). Os indivíduos isentos eram 67% em 2011 e 70% em 2012, sendo os principais motivos da isenção a idade (40%), doença (34%) e rendimento (22% em 2011 e 25% em 2012). Em relação aos utentes não isentos, houve uma redução de 12% no total de episódios de urgência em 2012 relativamente a 2011. O preço da taxa moderadora aumentou 108% para os indivíduos não isentos (€9,6 para €20).

A idade média dos utentes foi de 36,4 anos (S.D.=27,3) em 2011 e de 37,5 anos (S.D.=28,2) em 2012. A idade média dos utentes isentos é inferior nos dois anos em análise face à idade média dos utentes não isentos, devendo-se ao facto dos utentes não isentos excluírem crianças até aos 12 anos de idade inclusive.

A procura do SUH mantém o mesmo padrão por sexo para os dois anos em análise: 44% homens e 56% mulheres.

Já em relação à idade média dos utentes por sexo, não se verificaram diferenças no sexo masculino nos dois anos. Quanto à média de idades dos utentes masculinos não isentos verifica-se que é inferior em 2011 comparativamente a 2012.

Em relação ao sexo feminino a média de idades é de 37,6 anos em 2011 (S.D.=26,5) e 39,09 anos em 2012 (S.D.=27,4). Constatou-se também que a idade média dos utentes femininos não isentos é inferior em 2011 comparativamente a 2012.

O grupo etário onde ocorre maior procura é o das crianças até aos 12 anos de idade (27% nos dois anos), sendo também aquele que representa uma maior parcela da

procura entre os isentos (40%). Em 2012 houve uma tendência decrescente na procura do SUH na maioria dos escalões, exceto nos utentes com idade igual ou superior a 65 anos (20,9% em 2011 e 23,2% em 2012), tendo se verificado também esse aumento nos doentes não isentos (15,9% em 2011 e 20,2% em 2012).

Relativamente aos utentes não isentos, o grupo onde ocorre maior procura é o dos indivíduos entre os 25 e os 44 anos de idade (37% e 35% respetivamente em 2011 e 2012).

Já quanto ao local de admissão dos utentes em ambas as amostras constatou-se que a urgência geral é o local de admissão mais procurado pelos indivíduos (60% nos dois anos). Sendo também a urgência geral que representa uma maior parcela da procura entre os não isentos (90%), sendo o principal motivo da procura de cuidados a presença de doença (74%).

Quanto à proveniência o exterior foi claramente em ambas as amostras a opção maioritária dos utentes (80%), e os não isentos seguiram esta tendência (87% nos dois anos).

Já no que se refere ao destino dos utentes após alta do SUH o exterior não referenciado constata-se que é a opção dominante tanto para os utentes não isentos (60% em 2011 e 64% em 2012) como para os utentes isentos (70,8% em 2011 e 66,4% em 2012).

4.2 Elasticidade procura - preço relativa à utilização do Serviço de Urgência Hospitalar

Dado que os utentes não isentos são os realmente afetados pelo aumento de preço da taxa moderadora dos cuidados de saúde, a nossa análise vai incidir sobre os mesmos.

Podemos ver que, em ambos os sexos houve uma redução da procura do SUH em 2012, de 14% por parte do sexo masculino e 10% no sexo feminino.

Quanto aos escalões etários, aquele onde se verificou a maior diminuição da procura do SUH foi dos 13 aos 18 anos (21%) (2.973 em 2011 e 2.339 em 2012). Contudo, pelo contrário em 2012 constatou-se um aumento da procura no grupo etário de utentes com idade igual ou superior a 65 anos (12%) (4.150 em 2011 e 4.649 em 2012).

Tendo em conta a proveniência dos utentes ao SUH, podemos ver que houve um decréscimo (12%) vindos do exterior sem qualquer tipo de referenciação (22.677 em 2011 e 19.944 em 2012).

Tabela 5. Utilização do SUH pelos utentes não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço.

Procura		2011 (n= 26168)	2012 (n= 23037)	Elasticidade procura-preço
Serviço de Urgência		26168	23037	- 6,6*10 ⁻⁵
Sexo	Masculino	12381	10649	- 1,65*10 ⁻⁴
	Feminino	13787	12388	- 1,05*10 ⁻⁴
Escalão Etário				
	13-18 anos	2973	2339	- 0,001
	19-24 anos	2826	2280	- 0,001
	25-44 anos	9743	7969	- 2,80*10 ⁻⁴
	45-64 anos	6476	5800	- 2,32*10 ⁻⁴
	≥65 anos	4150	4649	3,73*10 ⁻⁴

Tabela 5. Utilização do SUH pelos utentes não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço.

Procura		2011 (n= 26168)	2012 (n= 23037)	Elasticidade procura-preço
Proveniência				
	Exterior	22677	19944	- 7,73*10 ⁻⁵
	Encaminhado	3491	3092	- 4,74*10 ⁻⁴
Local admissão				
	Pediátrica	1255	986	- 0,002
	Geral	23658	21019	- 6,82*10 ⁻⁵
Causa admissão				
	Doença	19351	17223	- 8,21*10 ⁻⁵
	Outras	6751	5814	- 3,01*10 ⁻⁴
Destino				
	Exterior	15583	14625	- 5,56*10 ⁻⁵
	Seguimento	7610	6396	- 3,11*10 ⁻⁴

Face ao aumento de preço ocorrido no SUH em 2012 face a 2011, verificou-se um decréscimo da procura por este serviço por parte dos utentes (Tabela 5). Podemos constatar que houve uma redução de 12% no total de episódios de urgência (26.168 em 2011 e 23.037 em 2012). Os valores obtidos para a elasticidade da procura face ao preço são próximos de zero para o total da procura. Os resultados mantêm-se quando se faz a análise por sexo, grupo etário, proveniência, local e causa de admissão e destino dos utentes.

Foi ainda realizada a análise em cada uma das variáveis, tendo em conta o sexo e escalão etário, porém os resultados obtidos foram idênticos, ou seja, a elasticidade da procura face ao preço foi sempre próxima de zero, ver Anexo III.

Quanto ao local de admissão (urgência pediátrica e urgência geral), o decréscimo da procura é consistente com os resultados no escalão etário, ou seja a procura do serviço de urgência pediátrico (13 aos 18 anos) teve um decréscimo superior ao da urgência geral (21% na urgência pediátrica e 11% na urgência geral).

O principal motivo da procura do SUH é a presença de doença, mas também diminuiu em 2012 (11%) (19.351 em 2011 e 17.223 em 2012). Já em relação ao destino dos utentes após utilização dos cuidados do SUH o exterior sem referência decaiu em 2012 (6%) e o seguimento dos utentes diminuiu (16%), comparativamente com 2011.

5. DISCUSSÃO

Este trabalho permitiu demonstrar que a procura do SUH é inelástica face ao preço no hospital em análise, pois embora se tenha verificado uma redução dos cuidados procurados (12%), esta foi muito inferior ao aumento ocorrido no preço (108%). Assim, para população em estudo, o aumento do preço não teve impacto nas suas decisões de procura. Este resultado encontra-se em consonância com a grande maioria dos estudos científicos já publicados e consistente com a teoria de que em situações urgentes/agudas os indivíduos são menos sensíveis ao preço.

Neste estudo as mulheres surgem como as maiores utilizadoras do SUH, destacando-se com 26.175 idas ao SUH contra 23.030 registadas pelos homens. Estes resultados vão de encontro aos demonstrados por Lourenço e Ferreira (2005), num estudo efetuado sobre a utilização dos cuidados de saúde em Portugal, tendo em conta o efeito do tempo e outros determinantes, no qual as mulheres aparecem como maiores consumidoras de cuidados de saúde em comparação com os homens.

Ao analisarmos a procura do SUH por escalão etário, podemos observar que o grupo de idades compreendida entre 25 e 44 anos são os grandes utilizadores do SUH, podendo dever-se ao facto de neste grupo etário se encontrarem as mulheres em idade fértil, e ser a população ativa do país, ou seja, possuírem rendimento, sendo menos sensíveis aos aumentos de preço.

Foi possível verificar que apesar do aumento de preço dos cuidados de saúde o grupo de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, ao contrário do que se verifica em todos os outros, aumentou a procura do SUH, uma das possíveis razões será a presença de doenças crónicas, que segundo a World Health Organization (WHO) (2005) estas tendem a aumentar cerca de 17% entre 2005 e 2015 e também Almeida (2010) refere que um dos principais determinantes das doenças crónicas é o envelhecimento, logo estes poderão ser os motivos pelo qual apesar de se verificar aumento de preço, também ocorre aumento da procura, pois a carga de doença dos utentes em 2012 poderá ser maior que no ano anterior.

Quanto à proveniência dos utentes ao SUH, verificou-se que o exterior é a grande opção dos indivíduos para o acesso a este serviço. Esta é uma das características deste serviço pois no SNS para usufruir do SUH não é necessária referência, sendo o utente autónomo para iniciar o contacto com o mesmo.

Assim podemos constatar que apesar da divulgação da linha de apoio telefónico, como por exemplo a linha de Saúde 24, e a sensibilização dos utentes por parte dos profissionais de saúde para a necessidade de se privilegiar os Cuidados de Saúde Primários como primeira linha de resposta em caso de doença, para melhor racionalizar a utilização dos recursos existentes, o SUH continua a ser o primeiro nível de acesso a cuidados de saúde escolhido pelos utentes.

O local de admissão preferencial dos utentes que se dirigiram ao SUH neste período foi sem dúvida a urgência geral, mas é necessário ter em atenção que as crianças dos 0 aos 12 anos de idade, considerada a faixa etária que mais recorre a este serviço é considerada isenta de pagamento de taxa moderadora, logo foi excluída para análise da elasticidade procura-preço neste estudo. Por este motivo a urgência geral é a mais utilizada pela amostra em estudo.

Quanto à causa de admissão verificou-se que a presença de doença é o motivo principal da utilização do SUH. Numa investigação futura será importante perceber e ter em conta a gravidade do diagnóstico de cada utente que recorre a este serviço, para se perceber em que medida o aumento das taxas moderadoras altera o comportamento dos utentes com diagnósticos menos graves.

Através da variável que caracteriza o destino dos utentes após utilização do SUH, podemos constatar que a grande maioria dos utentes não isentos tem alta médica sem necessidade de continuidade de cuidados, verificando – se assim que a grande maioria dos utentes recorre ao SUH em caso de doença aguda, mas deveria antes recorrer aos Cuidados de Saúde Primários, pois estes é que devem ser a principal porta de entrada dos utentes aos cuidados de saúde e apenas quando necessário referenciar os utentes para o SUH.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho teve como objetivo primordial contribuir para o estudo dos fatores determinantes da procura de cuidados de saúde, nomeadamente o SUH, em Portugal, dado que a investigação neste serviço de saúde no nosso país é praticamente inexistente.

Foram descritos ao longo do trabalho, alguns estudos, realizados noutros países que abordam a presente temática, referindo-se a maioria aos EUA, que possuem uma população e um modelo de prestação de cuidados de saúde muito diferente do nosso, revelando-se assim pertinente desenvolver um estudo em Portugal nesta área, com uma amostra bastante significativa.

Apesar da Teoria Económica da Procura, dizer que quanto maior for o preço de um bem, menor será a quantidade procurada pelos consumidores, e logo a elasticidade procura face ao preço ser elástica, tal não se verificou neste estudo.

Neste projeto, foram determinadas elasticidades procura –preço para o SUH tendo em conta as variáveis: sexo, grupo etário, proveniência, local e causa de admissão e destino dos utentes. Assim a procura de cuidados de urgência revelou-se inelástica face ao aumento do preço no hospital analisado, pois apesar de se ter verificado uma redução dos cuidados procurados, esta foi muito inferior ao aumento ocorrido no preço.

Assim, pode concluir-se que para população que procura cuidados no hospital analisado, o aumento do preço não teve impacto nas suas decisões de procura.

Para este conjunto de doentes, o hospital conseguiu aumentar a sua receita própria em 83%, uma vez que passou de €251 mil euros cobrados em 2011 para cerca de €461 mil euros em 2012.

A investigação futura nesta área poderá vir a incidir num estudo similar ao desenvolvido neste trabalho, pois os resultados deste estudo apontam para uma necessidade de averiguar o que se passou nos restantes hospitais do país.

Numa próxima investigação será importante ter em conta as seguintes variáveis: rendimento disponível, habilitações literárias e diagnóstico, permitindo ir mais além no estudo efetuado.

Poderá ser ainda relevante, para além de estudar o SUH abranger os Cuidados de Saúde Primários, bem como consultas de especialidade dado que estes serviços também sofreram aumento de taxas moderadoras, podendo concluir-se nos diversos serviços se existem alterações da procura por parte dos consumidores.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, L. - Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. **Revista de Saúde Pública**. 28:1 (janeiro 2010) 79-92;
- BARROS,P.- Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos. 2nd. Coimbra: Almedina, 2009;
- CHIAPPORI, P.; DURAND, F.; GEOFFARD, P. – Moral hazard and the demand for a physician services: First lessons from a French natural experiment. **European Economic Review**. 42 (1998) 499-511;
- CLEWER, A.; PERKINS, D. - Economics for health care management. London: Prentice Hall Europe, 1998;
- COCKX, B.; BRASSEUR, C. – The demand for physician services evidence from a natural experimental. **Journal of Health Economics**. 22 (May 2003) 881-913;
- COMISSÃO PARA SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SNS – Relatório final da comissão para a sustentabilidade do financiamento do serviço nacional de saúde. [Em linha]. Portugal: Comissão para sustentabilidade do financiamento do SNS. 2007. [Consult. 02 novembro 2012]. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portugal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/sustentabilidad e+sns.htm>;
- DECRETO-LEI nº 67/98. D.R. Iª Série-A. 247 (26-10-98) 5536;
- DUARTE, F. – Price elasticity of expenditure across health care services. **Journal of Health Economics**. 31 (2012) 824-841;
- FERREIRA,A. ; HARFOUCHE,A. ; CAMPOS,A. ; RAMOS,F.- Políticas de controlo dos gastos públicos com a saúde. [Em linha]. Portugal: O Economista. 2006. [Consult. 02 novembro 2012]. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/17AF07C5-6C1D-42E7-A1CD-B05FCD4B482D/0/E2006Políticas_controlo_gastos_publicos_saude.pdf;
- FOLLAND,S.; GOODMAN,A.; STANO,M.- A Economia da Saúde. 5th ed. Porto Alegre: Bookman, 2008;

- FORTIN, M. – O Processo de Investigação da concepção à realização. 5th ed. Loures: Lusociência, 1999;
- HSU, J., [et al.] – Cost-sharing for emergency care and unfavorable clinical events: Findings from the safety and financial ramifications of ED Copayments study. **Health Services Research**. 41:5 (October 2006) 1801-1818;
- IUNES,R.- Demanda e Demanda em Saúde. [Em linha]. Brasília: IPEA. 1995. [Consult. 02 novembro 2012]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/economia_saude/CAP4.pdf;
- LAUREANO, R.; BOTELHO, M. – SPSS: O meu manual de consulta rápida. 2nd ed. Lisboa: Sílabo, 2012;
- LOURENÇO, O.; FERREIRA,P. – Utilization of public health centers in Portugal: effect of time costs and other determinants. Finite mixture models applied to truncated samples. **Health Economics**. 14 (July 2005) 939-953;
- MCGUIRE, A.; HENDERSON, J.; MOONEY, G. - The Economics of health care: An Introductory Text. Routledge e Kegan Paul: London, 1988;
- MCPAKE, B.; KUMARANAYAKE, L.; NORMAND, C. – Health Economics: An International Perspective. Routledge: London, 2002;
- NEWHOUSE, J., [et al.] – Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge: Harvard University Press, 1993;
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - Health policies and data: OECD Health Data 2012. [Em linha]. France: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2012. [Consult. 1 dezembro 2012]. Disponível em: <http://www.oecd.org/portugal/BriefingNotePORTUGAL2012.pdf>;
- O`GRADY, K., [et al.] – The impact of cost sharing on emergency department use. **The New England Journal of Medecine**. 313 : 8 (August 1985) 484- 490;
- PEREIRA,J.- Economia da Saúde: Glossário de termos e conceitos. 4th ed. Portugal: APES, 2004;

PESTANA, M. – A procura de saúde e de cuidados de saúde. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão, 1995. Dissertação elaborada para obtenção de grau de Mestre em Economia e Política Social;

PIRES,B.- O Impacto da variação do preço na procura de cuidados de saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2010. Dissertação elaborada no âmbito do III Curso de Mestrado em Gestão da Saúde ministrado pela ENSP.UNL;

PORTARIA nº 306-A/2011. D.R. Iª Série. 242 (20-12-2011) 5348 (2)-5348(4) - Aprova os valores das taxas moderadoras previstas no artigo 2.º do Decreto -Lei n.º 113/2011 de 29 de novembro, bem como as respetivas regras de apuramento e cobrança;

PORTARIA nº 1320/2010. D.R. Iª Série. 250 (28-12-2010) 5964-5967 – Atualização das taxas moderadoras constantes da tabela anexa à Portaria nº34/2009;

REIS,V.- Gestão em Saúde: Um espaço de diferença. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2007;

RINGEL, J. [et al.] - The Elasticity of Demand for Health Care: A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System. [Em linha]. National Defense Research Institute: Rand Health, 2002. [Consult. 15 novembro 2012]. Disponível em: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1355.pdf;

ROSKO, M.; BROYLES, R. – The Economics of health care: A reference handbook. Greenwood Press: London, 1988;

SAMUELSON, P.; NORDHAUS, W. – Economia. 12th ed. McGraw-Hill: Portugal, 1988;

SANTERRE, R.; NEUN, S. – Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies. Irwin: United States of America, 1996;

SELBY, J.; FIREMAN, B.; SWAIN, B. – Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. **The New England Journal of Medicine**. 334 : 10 (March 1996) 635-640;

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Chronic diseases and their common risk factors. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2005. [Consult. 5 maio 2013]. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf;

ZWEIFEL, P.; MANNING, W. – Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care. [Em linha]. New York: Elsevier, 2000. [Consult. 1 dezembro 2012]. Disponível em: <http://lingli.ccer.edu.cn/ahe2012/week8/chapter8.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização para acesso aos dados administrativos do HGO

Exmo. Senhora

Dra. Ana Jorge

Presidente do Centro de Investigação do

Hospital Garcia de Orta

Av. Torrado da Silva

2801-951 Almada

Lisboa, 2012-11-22

Assunto: ***Pedido de colaboração a aluna do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde***

A nossa aluna do VII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (VCMGS 2011/2013), **Sara Filipa Carreira Soares** encontra-se neste momento em fase de realização do seu Trabalho de Projeto, que versará sobre o tema **“O impacto da variação do preço das taxas moderadoras na procura dos cuidados de saúde – o caso das urgências hospitalares”**, sob a orientação da Prof^ª. Doutora Céu Mateus, docente desta Escola.

A aluna pretende analisar a procura de cuidados de saúde por parte dos utentes que se dirigem aos Serviços de Urgência Hospitalar, nomeadamente entender se o aumento do valor das taxas moderadoras alterou, ou não, a procura de cuidados de saúde.

Deste modo, solicita-se a V. Exa., enquanto Presidente do Centro de Investigação do Hospital Garcia da Horta, autorização para que a aluna possa aceder aos dados anonimizados sobre todos os episódios de urgências hospitalares que ocorreram no Hospital Garcia de Orta, no período que decorreu entre 1 de janeiro e 30 de junho de 2011 e 1 de janeiro e 30 de junho de 2012, de modo a realizar o trabalho académico acima mencionado.

De referir ainda, que este estudo será realizado em conformidade com a Lei da Proteção de Dados Pessoais n.º67/98 de 26 de outubro, assegurando o tratamento dos mesmos de forma transparente, e no estrito respeito pela reserva da vida privada, bem como pelos direitos, liberdades e garantias fundamentais.

Na expectativa do bom acolhimento deste pedido, apresento os meus melhores cumprimentos,

O DIRETOR

(João Pereira, *Prof. Doutor*)

Contactos da aluna:

Sara Filipa Carreira Soares

TM: 963 731 289

e-mail: s.soares@ensp.unl.pt

ANEXO II

Recodificação das variáveis em estudo

Tabela 6. Divisão em grupos da causa da admissão no SUH do HGO.

Grupo	Legenda	Engloba
1	Doença	
2	Acidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente viação; • Acidente trabalho; • Acidente pessoal; • Acidente escolar; • Acidente aviação; • Acidente doméstico; • Acidente desportivo; • Acidente Marítimo.
3	Grávidas e Parturientes	
4	Causas Externas de lesão	<ul style="list-style-type: none"> • Agressão; • Queda; • Afogamento; • Queimadura; • Queimadura solar; • Violação; • Intoxicação (outras); • Intoxicação (drogas); • Violência doméstica.
5	Outras	<ul style="list-style-type: none"> • Entrou cadáver; • Exames cod. Estrada; • Outras.

Tabela 7. Divisão em grupos da proveniência dos utentes ao SUH do HGO.

Grupo	Legenda	Engloba
1	Exterior	
2	Encaminhado por apoio telefónico	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhado pela saúde 24; • SODU- Serviço Orientação Doentes Urgentes.
3	Encaminhado pela própria instituição	<ul style="list-style-type: none"> • Urgência; • Consulta Externa; • Serviço de Internamento; • Unidade de Hemodiálise; • Hospital de dia.
4	Encaminhado por outra instituição	<ul style="list-style-type: none"> • Outro Hospital; • ARS/Centro de Saúde; • SAP-S. Atendimento Permanente; • Clínicas Privadas.
5	Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Outra Proveniência; • Decreto-lei/ Protocolo IML.

Tabela 8. Divisão em Grupos do destino dos utentes no SUH do HGO.

Grupo	Legenda	Engloba
1	Exterior não referenciado	
2	Seguimento do utente	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa; • Serviço de Internamento; • Hospital de dia; • Serviço domiciliário; • ARS/ Centro de saúde; • Recobro; • Outro Hospital.
3	Falecido	<ul style="list-style-type: none"> • Com autópsia; • Sem autópsia.
4	Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono; • Saída contra parecer médico; • Alta disciplinar; • Alta administrativa; • Companhias de seguros; • Outros.

Tabela 9. Divisão em grupos do motivo de isenção da taxa moderadora no SUH do HGO.

Grupo	Legenda	Engloba
1	Idade	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças até aos 12 anos de idade, inclusive; • Internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal.
2	Rendimento	<ul style="list-style-type: none"> • Pensionistas que recebam pensão inferior ao salário min. Nac., cônjuges e filhos menores dependentes; • Prova de qualidade de isento; • Desempregados, inscritos nos centros de emprego, cônjuges e filhos menores desde que dependentes; • Benef. Prestação caracter eventual por sit. Carência, paga por serv. ofic. conjugues, filhos menores; • OS trab. Conta outrem recebem rend. Mensal infer. Sal. Min. Nac., cônjuges e filhos menores dependentes; • Utentes em situação de insuficiência económica; • Utentes com comprovativo de submissão do requerimento de Insuf. Económica; • Especialidades Isentas; • Beneficiários de subsidio mensal vitalício.
3	Doença	<ul style="list-style-type: none"> • INSUF.RENAIS CRON.,DIAB.,HEMOF.,PARKINS.,TUBERC.,C/SIDA SEROP.,FORO ONC.,PARAM.,HANSEN,ESP.,ESCLERO.; • Vinda a urgência no prazo de menos 24 horas; • Grávidas e Parturientes; • Transferido de outro hospital; • Doentes mentais crónicos; • Internados no hospital; • Alcoólicos cron. E toxicodependentes inseridos em prog. De recup., âmbito recurso serviços oficiais; • Militares e ex-militares forças armadas, em virtude de prest. Serv. Militar, encontrem incap. Forma perm.; • Pens. Doença prof. Com grau de incapacidade permanen. Global não inferior a 50%; • Urgência com destino internamento; • Doentes transplantados de órgãos; • Utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%; • Dadores vivos de órgãos, de células de medula óssea ou de células progenitoras hematopoiéticas; • Internamento com menos de 24 horas.
4	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Dadores benévolos de sengue; • Bombeiro (no exercício da atividade)
5	Taxas	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa já está paga; • Taxa a pagar em prestações; • Taxa paga centro de saúde.
6	Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Não teve ato médico; • Vítimas de violência doméstica; • Saúde ocupacional. • Isenção por acidente de serviço dos funcionários deste hospital; • Entrou cadáver.

ANEXO III

Utilização do SUH pelos utentes não isentos e respetiva elasticidade procura-preço

Tabela 10. Utilização do SUH pelas mulheres não isentas, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por escalão etário.

Escalão etário	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
13-18 anos	1582	1239	- 21,6%	108,3%	0,01	- 0,002
19-24 anos	1521	1238	- 18,6%	108,3%	0,01	- 0,001
25-44 anos	5112	4181	- 18,2%	108,3%	0,003	- 5,35 *10 ⁻⁴
45-64 anos	3497	3155	- 9,8%	108,3%	0,004	- 4,01*10 ⁻⁴
≥65 anos	2075	2575	24,1%	108,3%	0,006	0,001

Tabela 11. Utilização do SUH pelos homens não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por escalão etário.

Escalão etário	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
13-18 anos	1391	1100	- 20,9%	108,3%	0,01	- 0,002
19-24 anos	1305	1042	- 20,1%	108,3%	0,01	- 0,002
25-44 anos	4631	3788	- 18,2%	108,3%	0,003	- 5,90*10 ⁻⁴
45-64 anos	2979	2645	- 11,2%	108,3%	0,005	- 5,44*10 ⁻⁴
≥65 anos	2075	2074	- 0,04%	108,3%	0,007	- 3,17*10 ⁻⁶

Tabela 12. Utilização do SUH pelos utentes não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por proveniência e escalão etário.

Proveniência	Escalão etário	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Exterior	13-18 anos	2554	1999	- 21,7%	108,3%	0,006	- 0,001
	19-24 anos	2530	2027	- 19,9%	108,3%	0,006	- 0,001
	25-44 anos	8525	6957	- 18,4%	108,3%	0,001	- 3,24*10 ⁻⁴
	45-64 anos	5508	4986	- 9,5%	108,3%	0,002	- 2,46*10 ⁻⁴
	≥65 anos	3560	3975	11,7%	108,3%	0,003	4,23*10 ⁻⁴
Encaminhado	13-18 anos	419	340	- 18,9%	108,3%	0,03	- 0,006
	19-24 anos	296	253	- 14,5%	108,3%	0,05	- 0,007
	25-44 anos	1218	1011	- 16,9%	108,3%	0,01	- 0,002
	45-64 anos	968	814	- 15,9%	108,3%	0,01	- 0,002
	≥65 anos	590	674	14,2%	108,3%	0,02	0,003

Tabela 13. Utilização do SUH pelas mulheres não isentas antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por proveniência.

Proveniência	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Exterior	11907	10641	- 10,6%	108,3%	0,001	- 1,28*10 ⁻⁴
Encaminhado	1880	1747	- 7,07%	108,3%	0,008	- 5,33*10 ⁻⁴

Tabela 14. Utilização do SUH pelos homens não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por proveniência.

Proveniência	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Exterior	10770	9303	- 13,6%	108,3%	0,001	- 1,85*10 ⁻⁴
Encaminhado	1611	1345	- 16,5%	108,3%	0,01	- 0,001

Tabela 15. Utilização do SUH pelos utentes não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, admitidos na urgência geral por escalão etário.

Local admissão	Escalão etário	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
	13-18 anos	1652	1295	- 21,6%	108,3%	0,01	- 0,002
	19-24 anos	2636	2125	-19,4%	108,3%	0,006	- 0,001
Geral	25-44 anos	9018	7406	- 17,9%	108,3%	0,001	- 2,97*10 ⁻⁴
	45-64 anos	6228	5580	- 10,4%	108,3%	0,002	- 2,40*10 ⁻⁴
	≥65 anos	4124	4613	11,9%	108,3%	0,003	3,70*10 ⁻⁴

Tabela 16. Utilização do SUH pelas mulheres não isentas, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por local de admissão.

Local admissão	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Pediátrica	627	497	- 20,7%	108,3%	0,02	- 0,005
Geral	11905	10859	- 8,8%	108,3%	0,001	- 1,05*10 ⁻⁴

Tabela 17. Utilização do SUH pelos homens não isentos, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por local de admissão.

Local admissão	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Pediátrica	628	489	- 22,1%	108,3%	0,02	- 0,005
Geral	11753	10160	- 13,6%	108,3%	0,001	- 1,69*10 ⁻⁴

Tabela 18. Utilização do SUH pelos utentes não isentos antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por causa de admissão e escalão etário.

Causa admissão	Escalão etário	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Doença	13-18 anos	1578	1275	- 19,2%	108,3%	0,01	- 0,001
	19-24 anos	1962	1570	-19,9%	108,3%	0,008	- 0,001
	25-44 anos	7263	5941	- 18,2%	108,3%	0,002	- 3,76*10 ⁻⁴
	45-64 anos	5084	4559	- 10,3%	108,3%	0,003	- 2,93*10 ⁻⁴
	≥65 anos	3464	3878	11,9%	108,3%	0,004	4,44*10 ⁻⁴
Outras	13-18 anos	1387	1064	- 23,3%	108,3%	0,01	- 0,002
	19-24 anos	859	710	- 17,3%	108,3%	0,01	- 0,003
	25-44 anos	2454	2028	- 17,4%	108,3%	0,006	- 0,001
	45-64 anos	1368	1241	- 9,3%	108,3%	0,01	- 9,72*10 ⁻⁴
	≥65 anos	689	771	11,9%	108,3%	0,02	0,002

Tabela 19. Utilização do SUH pelas mulheres não isentas, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por causa de admissão.

Causa admissão	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Doença	10841	9878	- 8,88%	108,3%	0,001	- 1,17*10 ⁻⁴
Outras	2911	2510	-13,8%	108,3%	0,005	- 6,94*10 ⁻⁴

Tabela 20. Utilização do SUH pelos homens não isentos, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, por causa de admissão.

Causa admissão	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Doença	8510	7345	- 13,7%	108,3%	0,001	- 2,36*10 ⁻⁴
Outras	3840	3304	- 13,9%	108,3%	0,004	- 5,34*10 ⁻⁴

Tabela 21. Utilização do SUH pelos utentes não isentos, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, em relação ao destino do utente e escalão etário.

Destino	Escalão etário	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Exterior	13-18 anos	2192	1701	- 22,4%	108,3%	0,007	- 0,001
	19-24 anos	1668	1437	- 13,8%	108,3%	0,009	- 0,001
	25-44 anos	5762	5022	- 12,8%	108,3%	0,002	- 3,25*10 ⁻⁴
	45-64 anos	3727	3593	- 3,6%	108,3%	0,004	- 1,34*10 ⁻⁴
	≥65 anos	2234	2872	28,6%	108,3%	0,005	0,001
Seguimento	13-18 anos	569	496	- 12,8%	108,3%	0,02	- 0,003
	19-24 anos	727	567	-22,0%	108,3%	0,02	- 0,004
	25-44 anos	2628	2142	- 18,5%	108,3%	0,006	- 0,001
	45-64 anos	2091	1748	- 16,4%	108,3%	0,007	- 0,001
	≥65 anos	1595	1443	- 9,53%	108,3%	0,009	- 8,57*10 ⁻⁴
Outras	13-18 anos	212	142	- 33,01%	108,3%	0,08	- 0,02
	19-24 anos	431	275	- 36,2%	108,3%	0,04	- 0,01
	25-44 anos	1353	804	- 40,6%	108,3%	0,01	- 0,005
	45-64 anos	658	457	- 30,6%	108,3%	0,02	- 0,007
	≥65 anos	321	333	3,73%	108,3%	0,04	0,001

Tabela 22. Utilização do SUH pelas mulheres não isentas, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, em relação ao destino do utente.

Destino	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Exterior	8591	8078	- 5,9%	108,3%	0,001	- 9,79*10 ⁻⁵
Seguimento	3641	3298	- 9,4%	108,3%	0,004	- 3,70*10 ⁻⁴
Outras	1555	1010	- 35,04%	108,3%	0,01	- 0,003

Tabela 23. Utilização do SUH pelos homens não isentos, antes e depois da alteração do preço e respetiva elasticidade procura-preço, em relação ao destino do utente.

Destino	N ₂₀₁₁	N ₂₀₁₂	Δ%Q	Δ%P	P/Q	Elasticidade procura-preço
Exterior	6992	6547	- 6,36%	108,3%	0,002	- 1,28*10 ⁻⁴
Seguimento	3969	3098	- 21,9%	108,3%	0,004	- 8,48*10 ⁻⁴
Outras	1420	1001	- 29,5%	108,3%	0,01	- 0,003